

Universidade Aberta do SUS – UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 6



**Qualificação do Programa de Investigação e Controle dos Cânceres de
Colo de Útero e de Mama na UBS de Capão do Cipó, RS**

Carolina Rocha Torres

Pelotas, RS

2015

Carolina Rocha Torres

**Qualificação do Programa de Investigação e Controle dos cânceres de
colo de útero e de mama na UBS de Capão do Cipó, RS**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao Programa de Pós
Graduação em Saúde da Família
Modalidade EaD Universidade Aberta do
SUS – Universidade Federal de Pelotas,
como requisito à obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Lenise Patrocinio Pires Cecílio

Pelotas, RS

2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

T693q Torres, Carolina Rocha

Qualificação do Programa de Investigação e Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama na UBS de Capão do Cipó, RS / Carolina Rocha Torres; Lenise Patrocínio Pires Cecilio, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

86 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde da Mulher. 4.Neoplasias do colo do útero. 5.Neoplasias da Mama. I. Cecilio, Lenise Patrocínio Pires, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Carolina Rocha Torres

**Qualificação do Programa de Investigação e Controle dos cânceres de
colo de útero e de mama na UBS de Capão do Cipó, RS**

Monografia aprovada em 08/07/2014, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

Dedico este trabalho à minha avó Jovita, vencida por uma leucemia neste ano, por todo o seu amor e carinho.

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais Maria Suzana e João Gaspar e ao meu irmão Lucas, pelo amor, carinho e fiel torcida todos os dias. Também agradeço a minha orientadora Lenise, pela paciência e ensinamentos.

"Olhe o mundo com a coragem do cego, entenda as palavras com a atenção do surdo, fale com a mão e com os olhos, como fazem os mudos"

(Cazuza, 1958 – 1990)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa de localização do município de Capão do Cipó - RS.....	16
Figura 2: Imagem aérea do Município de Capão do Cipó - RS	16
Figura 3: Cronograma de intervenção.....	40
Figura 4: Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção do câncer do colo do útero , Capão do Cipó - RS.....	47
Figura 5: Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama , Capão do Cipó - RS.....	48
Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero, Capão do Cipó - RS	49
Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram para conhecer resultados, Capão do Cipó - RS.	50
Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de mulheres com registro adequado do exame mamografia, Capão do Cipó – RS	53
Figura 9: Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alertas de câncer de colo do útero, Capão do Cipó-RS	54
Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com avaliação de risco para câncer de mama, Capão do Cipó-RS	55
Figura 11: Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DST's e Fatores de riscos para câncer de colo do útero, Capão do Cipó - RS	56
Figura 12: Gráfico indicativo de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre fatores de risco para o Câncer de mama, Capão do Cipó – RS.....	57

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrônimos

ACS: Agente Comunitário De Saúde

CA: Câncer

CP: Citopatológico

DST: Doença Sexualmente Transmissível

ESF: Estratégia Saúde da Família

EaD: Educação a Distância

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HPV: Human Papiloma Vírus

MS: Ministério Da Saúde

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

Sumário

1 Análise situacional.....	13
1.1 Textos inicial sobre a situação da ESF/APS (Estratégia de Saúde da Família/ Atenção Primária à Saúde) em 29/03/2014	13
1.2 Relatórios da Análise Situacional em 26/05/2014.....	15
1.3 Comentários comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	26
2 Análise estratégica – Projeto de Intervenção.....	27
2.1 Justificativa.....	27
2.2 Objetivos e metas.....	29
2.2.1 Objetivo geral	29
2.2.2 Objetivos específicos.....	29
2.2.3 Metas.....	31
2.3 Metodologia.....	31
2.3.1 Ações	33
2.3.2 Indicadores	35
2.3.3 Logística	37
2.3.4 Cronograma.....	40
3 Relatório da intervenção.....	41
3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades	41
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades	44
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	44
3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços.....	45
4 Avaliação da intervenção	46
4.1 Resultados	46
4.2 Discussão.....	57
4.3 Relatórios da intervenção para os gestores	63
4.4 Relatórios da intervenção para a comunidade.....	65
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	67
6 Bibliografia básica	70
Anexos	71
Apêndices.....	73

RESUMO

TORRES, Carolina Rocha. **Qualificação do Programa de Investigação e Controle dos Cânceres de Colo de Útero e de Mama na UBS de Capão do Cipó, RS.** 2015. 86f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

As atividades de prevenção dos cânceres de mama e colo do útero são indispensáveis em nosso meio, tendo em vista as altas taxas de morbimortalidade associadas a essas doenças. Segundos dados obtidos e analisados pelo Instituto do Câncer (INCA), eram esperados 57.120 novos casos e câncer de mama para o ano de 2014, com um risco estimado de 56,09 mulheres em cada 100 mil. Para o câncer de colo do útero eram esperados para o ano de 2014, 15.590 novos casos, com um risco estimado de 15,33 casos para cada 100 mil mulheres. O objetivo desse trabalho foi qualificar o programa de identificação e controle dos cânceres de colo de útero e mama na Unidade de Saúde da Família de Capão do Cipó, RS, por meio de uma intervenção com duração de 90 dias durante os meses de agosto a outubro de 2014. A população alvo foram mulheres entre 25 e 64 anos para o câncer de colo de útero, e de 50 a 69 anos para o câncer de mama, conforme protocolo do Ministério da Saúde. Foram realizadas ações em quatro eixos de trabalho: monitoramento e avaliação, avaliação e controle, qualificação da prática clínica e engajamento público. Ao longo das 12 semanas de intervenção foram cadastradas, 526 das 757 na faixa etária entre 25 e 64 anos (69,48%) e 181 das 236 usuárias entre 50 e 69 anos (76,7%). Além da boa cobertura, houve melhora significativa na qualidade do programa, com estabelecimento de rotinas para a equipe e incorporação das ações à realidade do serviço. Com isso, as usuárias foram beneficiadas com a realização dos exames preventivos de mama e colo do útero, puderam assistir às palestras educativas acerca destes temas, e a equipe teve a oportunidade de qualificar suas práticas, melhorando o vínculo entre a unidade e a comunidade.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Mulher; Programas de Rastreamento; Neoplasias do colo do útero; Neoplasias da Mama.

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. Está constituído pelo relato da realização de uma intervenção voltada para a melhoria da investigação e controle dos cânceres de colo de útero e de mama na UBS de Capão do Cipó, RS. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, realizada por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção desenvolvida ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados dessa intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS (Estratégia de Saúde da Família/ Atenção Primária à Saúde) em Capão do Cipó, RS, em 29/03/2014.

Lendo sobre a Carta dos Direitos Dos Usuários da Saúde, adquirindo noções de Engajamento Público e refletindo sobre as questões levantadas no curso, percebo o quão longe a saúde de nosso país está de alcançar uma rede básica e complexa digna à sua população. Em inúmeros serviços os direitos dos usuários são infringidos; fruto de administrações, as quais não vêem a saúde como prioridade, basta assistirmos os telejornais na televisão brasileira, e diariamente nos depararmos com exemplos de filas intermináveis de espera em serviços de urgências e emergências, pacientes aguardando leitos, hospitais superlotados. Acima dessa estão anseios políticos e de enriquecimento através de cargos públicos e benefício próprio, sendo este um dos cenários culpados pela crise atual na saúde de nosso país. Fato revelado em escândalos político, os quais a mídia nos mostra todos os dias, como desvios de valores milionários do dinheiro público dentro de empresas, como a Petrobras-BR.

Realizei minha formação médica em uma Universidade Federal, 100% dentro de um serviço público de saúde, assim como durante meu primeiro ano de exercício médico atuei em Emergências e Urgências do Sistema Único de Saúde (SUS). Vi e vivi de perto a sensação de impotência como profissional, quando deixei de ofertar terapêutica e atendimento digno aos meus pacientes, porque o sistema não dispunha.

Atualmente estou atuando em um município de aproximadamente 3100 habitantes, Capão do Cipó - RS, onde a fonte de renda provém, em sua maioria, da plantação de grãos, essencialmente soja e trigo. O município dispõe de uma importante arrecadação, tendo em vista a vasta área de lavouras plantadas. Felizmente, ao atuar neste município, pude notar que a saúde é uma das prioridades da administração pública. No entanto a despreparo por parte dos gestores é uma situação diariamente percebida pelos usuários e equipe. A qualificação é tão imprescindível quanto a verba, estes são dois fatores que se completam, quando um não existe a saúde fica muito aquém do desejado.

Dispomos de uma equipe multiprofissional, sendo esta uma unidade mista, composta por três médicos generalistas atuando 40 e 32 horas semanais, um Médico

Ginecologista e Obstetra atuando 8 horas, dois Odontólogos, duas Enfermeiras, uma Psicóloga, uma Fisioterapeuta, uma Farmacêutica, três Técnicas de Enfermagem, uma fonoaudióloga, uma Nutricionista e profissionais de apoio.

Pelo fato da área territorial do município ser bastante vasta muitas vezes o acesso ao serviço de saúde acaba sendo dificultoso e dispendioso, mesmo dispondo de ambulâncias, já que nem sempre o caso requer este tipo de meio de transporte. Esta é uma situação que ainda deixa a desejar dentro dos direitos básicos da população. O aumento do número de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) dentro do município resolveria parte deste problema, talvez uma equipe itinerante para as áreas mais remotas.

Grupos de conscientização são realizados semanalmente abordando os mais diversos temas, momento único de conversas informais, onde usuários e profissionais se reúnem em salões de igrejas, residências particulares, salas de escolas, e outros espaços sociais. Nesses encontros, além de palestras, são feitas a aferição de sinais vitais e distribuição de medicação de uso contínuo nas áreas de difícil acesso à sede do município. São abordados temas como “Diarréia e sua Abordagem Domiciliar”, “Primeiros Atendimentos Para Vítimas De Acidentes Com Animais Peçonhentos e Traumas”, “Cefaléias”, “Sinais e tratamento de Desidratação”, dentre outros. Estes grupos proporcionam o aumento da afinidade e vínculo com os usuários, fora da unidade e do consultório médico. As conversas acontecem dentro de rodas de Chimarrão, não existe hierarquia, muitos paradigmas são deixados de lado, e a relação ideal entre o profissional de saúde e os usuários é aprimorada.

O município de referência para transferência de casos mais complexos é cidade de Santiago-RS, distante 60 km, e a maior parte das consultas com especialistas acontecem no município de Santa Maria-RS, distante 210 km. Santiago recebe todos os casos de Urgência e Emergência, realizando avaliações e internações hospitalares quando necessário. As consultas enviadas para Santa Maria muitas vezes demoram vários meses para acontecerem. Sendo assim, percebemos que a saúde começa funcionando de maneira satisfatória, mas infelizmente quando existe a necessidade da atenção secundária e terciária inúmeros entraves são encontrados.

Trabalhar em um local onde teus anseios são, dentro da medida do possível, atendidos, onde a equipe multiprofissional é engajada e com fins comuns torna o exercício da Medicina mais prazeroso e gratificante, mesmo existindo pessoas com visões éticas diferentes da maioria. Ainda existem pontos a serem corrigidos e melhorados, no entanto posso afirmar que faço parte de um serviço onde se cumprem, em muitas partes, a Carta de Direitos dos Usuários do SUS.

1.2 Relatórios da Análise Situacional em 26/05/2014

Estou atuando como médica do PROVAB no município de Capão do Cipó - RS, cidade com 3100 habitantes, sendo que em sua grande maioria encontra-se na área rural e sua densidade demográfica é de 2,53 habitantes/Km². No município encontram-se quatro assentamentos. É marcante influência cultural deixada pelos espanhóis devido à proximidade da fronteira com países latinos, no entanto a população é, também, composta por imigrantes italianos e alemães e seus descendentes.

Na área da saúde Capão do Cipó conta com uma Unidade Mista, localizada na sede do município, em funcionamento há 13 anos, e um posto de atendimento no interior, na localidade de Carovi, distante 20 km, em funcionamento durante dois turnos na semana. Não contamos com o apoio de CEO ou NASF.

Consultas de urgência/emergência são realizadas no município de Santiago-RS, distante 60 km, assim como internações hospitalares, exames laboratoriais e de imagem de urgência; exame laboratorial sem urgência tem sua coleta feita na própria unidade a cada 15 dias, em uma sala de coleta adequada. Consultas com especialistas são agendadas, na sua maioria, no Hospital Universitário de Santa Maria-RS, distante 210 km, e muitas vezes os usuários aguardam longas filas para que as mesmas ocorram.



Figura 1: Mapa de localização de Capão do Cipó, RS. Fonte: domínio público.



Figura 2: Vista aérea do município de Capão do Cipó, RS. Fonte: domínio público.

O município dispõe de um serviço adequado de transporte de pacientes, composto por duas ambulâncias, sendo uma semi-UTI e outra de remoção simples, um micro ônibus e 4 carros de 5 lugares.

A unidade tem uma área de cobertura de 100% da população e eventualmente realiza atendimentos de usuários de fora da área, principalmente em períodos de colheita, quando aumenta significativamente a população. O modelo de funcionamento é Unidade Mista, não possuindo vínculo com instituição de ensino. Todos os atendimentos são realizados com recursos do SUS, por uma única equipe de saúde, composta por dois médicos brasileiros generalistas, um médico cubano

generalista, um médico ginecologista/obstetra, o qual atua uma vez na semana em dois turnos, duas enfermeiras, dois dentistas, uma psicóloga, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma farmacêutica, um auxiliar de consultório odontológico, três técnicas de enfermagem, 9 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além de Faxineiros, Motoristas e Secretárias.

Tendo em vista o número total de habitantes (3100) e a recomendação do Ministério da Saúde (MS), o município esta com um número adequado de equipe de saúde, sendo o ideal entre 3000 e 4000 habitantes por equipe, assim como o número de usuários por agentes comunitários; 368 usuários, em média são assistidos por cada ACS, respeitando o máximo estabelecido de 750. A população é composta predominantemente por pessoas jovens, entre 25 e 60 anos, e na sua maioria do sexo feminino, sendo num total de 1749 mulheres e 1569 homens (dados coletados através do SIAB - Sistema de Informação de Atenção Básica).

A sede foi construída com o fim de receber a unidade de saúde, sendo assim a estrutura física atende as exigências do MS, contando com a maioria das salas necessárias, sendo dois consultórios médicos, sala de fisioterapia, sala para equipe de psicologia, nutrição, sala de vacina, curativo, observação, triagem, expurgo, armazenagem de lixo/resíduos, uma cozinha, dois banheiros para usuários, recepção, sala de reunião, etc. No entanto enfrentamos uma série de barreiras arquitetônicas, como a falta de corrimãos, pisos antiderrapantes, banheiros para deficientes físicos, o que torna difícil o acesso à Unidade; algumas salas possuem ventilação precária, tendo em vista que algumas janelas não abrem, não existem ventiladores ou outra forma de arejamento. As limitações presenciadas pelos profissionais e usuários são frequentemente informadas à gestão, no entanto nem sempre as providências são tomadas. A Unidade encontra-se em reformas, tornando ainda mais difícil o acesso, no entanto esperamos que estas mudanças tragam benefícios aos usuários, principalmente aqueles com alguma limitação física.

Desde os primeiros dias de atuação na unidade, sinto que a equipe trabalha de forma engajada e com um fim comum, o da promoção e prevenção de saúde dos usuários, independente da faixa etária, sexo, ou localidade onde residem. Várias atividades são realizadas com a finalidade de abranger todos os usuários, sem

exceção. Duas vezes na semana, durante o período da tarde são realizados grupos de orientação em localidades no interior do município, os quais participam médicos generalistas e equipe de enfermagem, atividades de orientação em escolas são realizadas pela equipe de Odontologia, assim como grupos na própria unidade visando mudanças do estilo de vida e hábitos inadequados, pela equipe de Nutrição e Psicologia.

A Unidade está em processo de implantação de Prontuários Eletrônicos (e-SUS) esperamos assim que a lista de problemas dos pacientes, incluindo as doenças crônicas, fique mais bem documentada, para que assim aconteça um acompanhamento mais rigoroso destes usuários. Assim como a ampliação do serviço de saúde bucal; ao conversar com os colegas Odontólogos, concluiu-se que existe, há anos, uma demanda reprimida considerável, na Unidade, por mais que os atendimentos aconteçam de segunda a quinta-feira em dois turnos, o número de consultórios odontológicos é insuficiente, os dois profissionais atuando revezam suas agendas, tendo contrato de 40 e 20 horas semanais cada. Este problema é de longa data e já foi exposto para os gestores, sem resolução. O município não conta com um tratamento adequado da rede de água, sendo insuficiente o teor de flúor, o que acaba gerando um número ainda maior de usuários com alterações odontológicas.

Diariamente ficam disponíveis 24 fichas de atendimentos, 12 para cada médico (por turno), além de 8 fichas de atendimentos para o dentista, totalizando 48 fichas para os médicos e 16 para o dentista. As fichas são abertas até as 10h30min e no turno da tarde até as 15h30min, após este horário são atendidas situações de urgência e emergência, segundo a equipe e os gestores esta forma de atendimento acontece deste o início do funcionamento da unidade e os usuários já estão habituados. Esta sistemática suporta bem a demanda espontânea. Eventualmente quando o usuário chega à unidade após a hora pré-estabelecida, este é orientado a retornar no dia seguinte; se a situação exigir atendimento imediato, a consulta acontece logo após sua triagem. Após este horário os médicos participam de outras atividades na unidade, ou fora dela, como reuniões da equipe, grupos, palestras, revisão de insumos, elaboração de projetos e organização de dados. Além dos atendimentos na Unidade, existem visitas e internações domiciliares.

O acolhimento, que em minha opinião é a essência da Atenção Primária da Saúde, não acontece todos os dias da semana, nem durante todos os turnos. Notamos a diferença quando os usuários chegam à consulta médica e são previamente acolhidos; nos dias em que isso acontece a maioria das queixas são facilmente resolvidas, pois muitas vezes os pacientes procuram a UBS devido fragilidades emocionais ou sociais. Com o acolhimento torna mais fácil analisarmos e inserirmos o usuário em sua situação sócio psíquica, e não apenas prescrever medicações. É através deste que as fragilidades dos usuários são identificadas, sejam estas físicas ou emocionais. Quando este trabalho é feito e discutido por toda a equipe o paciente passa a ser visto e manejado de forma ampla, a conduta deixa de ser baseada apenas na sua queixa principal. Um dos motivos que impedem a realização de um acolhimento diário é o número reduzido de profissionais treinados para isso, já que na maioria das vezes este é realizado pelas enfermeiras, as quais muitas vezes estão envolvidas em outras atividades dentro na Unidade, como coleta de CP (cito patológico), realização de vacinação ou mesmo participando de atividades fora da sede.

Devemos fazer com que a equipe entenda e aprenda que acolher é tarefa de todos, desde os profissionais, que estão no balcão de atendimento, até os médicos, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem. Situação diferente de uma emergência de hospital, por exemplo, quando desconhecemos as condições sociais dos pacientes que atendemos, o foco neste caso é a queixa física do paciente.

1. Pré-natal, puerpério, puericultura e saúde da criança

Quando analisamos a situação das atividades de pré-natal e puerpério e atenção à saúde da criança (puericultura), percebemos que estes são os responsáveis pelos melhores índices da unidade; além de atividades com gestantes, a atenção a recém-nascidos e crianças de até 72 meses de idade, é extremamente satisfatória, opinião esta compartilhada pelos usuários e profissionais da Unidade. Isso se dá pelo fato da Unidade contar, além dos Médicos Generalistas, com um Médico Ginecologista e Obstetra, atuando um dia na semana, durante dois turnos, sem a ocorrência de excesso de demanda. O fato de existir fácil acesso a um profissional especialista, transmite mais segurança para as usuárias.

Levando em conta os percentuais indicados no Caderno de Ações Programática percebemos que 70% dos pré-natais esperados são realizados, e 93% das ações de puericultura, assim como 90% da demanda de Atenção à Saúde da Criança. Estamos com 35 gestantes cadastradas, quando o esperado seriam 49. Ao questionarmos a equipe de Enfermagem, assim como demais profissionais da Unidade, quanto a estes números, concluímos que o número abaixo do esperado se deve a um importante trabalho de planejamento familiar, assim como a facilidade ao acesso a laqueadura, quando preenchido os critérios exigidos. Equipe de enfermagem e psicologia, assim como o médico ginecologista/obstetra realizam um trabalho de conscientização, quanto à constituição da prole, as necessidades do casal e da família, sejam sociais ou emocionais.

Os profissionais que dão acompanhamento para estes pacientes, Obstetra e Generalista adotam protocolos de atendimento baseado, das Sociedades Brasileiras de Pediatria, e Ginecologia e Obstetrícia, assim como Cadernos de Atenção Básica à Saúde. Os dados coletados destas e de outras atividades na Unidade são registrados, no SIAB (Sistema de Atenção Básica), e estão dentro do esperado. Existe um monitoramento por parte, principalmente da equipe de enfermagem, para controle destas atividades, assim como os números obtidos. Os prontuários das pacientes, as quais realizam pré-natal são separados dos registros de atendimento clínico, não existindo esta separação nos registros de atendimentos de Recém-nascidos (RN) e crianças.

As atividades propostas pela equipe para estes usuários (gestantes e crianças de 0 a 72 meses de idade) têm uma importante adesão, os usuários esperam ansiosos pela realização das mesmas, que são dinâmicas de grupos, conversas, palestras, teatros, consultas e grupos no PIM (Primeira Infância Melhor). No entanto nem todos os membros da equipe participam destas atividades, sendo na sua maioria realizadas por Médicos, Odontólogos e equipe de enfermagem (Enfermeiras e Técnicas de Enfermagem), somente determinadas atividades contam com a presença da Nutricionista, Psicóloga, Farmacêutica, tendo em vista a carga horária destas profissionais e a grande demanda reprimida de consultas e avaliações.

Ao conversar com um colega Pediatra, que atuou durante 3 anos na Unidade, um aspecto foi comentado e chamou bastante a atenção foi a adesão ao hábito de Aleitamento Materno exclusivo. O município apresenta um dos melhores índices da região, sendo de aproximadamente 90% de adesão. Os testes do pezinho e olhinho também são realizados na Unidade, quando existe um atraso, imediatamente a equipe de enfermagem procura saber o motivo da não realização, seja através dos ACS, seja contato direto com a família. O teste da orelhinha não é realizado na Unidade, sendo agendado no serviço de referência.

Entretanto, mais uma vez caímos em um dos problemas do SUS, a dificuldade de encaminhamento dos usuários a serviços especializados, como por exemplo, o encaminhamento de pacientes para Médico Pneumopediatra, tendo em vista a frequente ocorrência de casos de alterações respiratórias em crianças, ocasionados pela poeira proveniente das Lavouras. Assim como ambulatório para gestantes de alto risco, ou com exigência de UTI Neonatal, todas estas situações são encaminhadas para a cidade de Santa Maria, sendo necessárias semanas a meses de espera.

2. Prevenção de Câncer de Mama e Câncer de Colo do Útero

Quando refletimos sobre as ações de prevenção de câncer (CA) de colo do útero e câncer (CA) de mama, nos deparamos uns índices satisfatórios sendo estes de 73% de cobertura de prevenção de CA de Mama e 62% quando se trata do CA Colo Útero. Existe um registro rigoroso pela equipe de enfermagem, em prontuários e livros especiais, do número de pacientes as quais realizaram o rastreamento. Estas pacientes são acompanhadas e tratadas pelo Médico Ginecologista e Obstetra da Unidade e encaminhadas para serviços de referência quando necessário; esta situação acontece em uma minoria das vezes tendo em vista que no último ano, em apenas 2 exame foi encontrada alteração significativa maligna, a paciente realizou acompanhamento e tratamento via UBS, assim como 5 diagnósticos de alterações significativas em mamografias nos últimos 2 anos, onde todas deram o devido seguimento. Este fato mostra um bom trabalho realizado pela equipe de Enfermagem, responsável pela coleta, e controle dos resultados, assim como Médicos Generalistas,

responsáveis pelos encaminhamentos e controle de prevenção, equipe de ACS, responsáveis pelo controle de atrasos e aconselhamento.

Apesar dos índices satisfatórios, devemos ter sempre um olhar crítico, buscando aprimorar as ações de promoção e prevenção. Conversando com a equipe percebemos que ainda existem poucas atividades orientando e visando a prevenção do CA colo do útero e mama, ou seja, a prevenção é baseada no exame citopatológico em dia, quando ela deve estar muito além disso. Grupos com jovens pacientes com comportamento sexual de risco devem ser incentivados. A maioria das mulheres sabe sobre a periodicidade da realização dos exames, mas desconhecem os fatores de riscos e proteção.

O CA de mama exige da equipe um trabalho em conjunto, deste o seu diagnóstico até sua resolução, trata-se de um acolhimento diferenciado, já que para muitas mulheres existe a questão estética, quando se faz necessária a realização de mastectomia, seja esta radical ou parcial. Todos os cuidados físicos e emocionais relacionados com esta patologia devem ser cuidadosamente realizados, a família deve fazer parte deste processo, assim dúvidas e angústias devem ser esclarecidas. A segurança e o apoio serão sempre os melhores métodos para conseguirmos um bom seguimento de pacientes com Neoplasias.

3. Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica

Quando analisamos os dados obtidos sobre a Cobertura de usuários com DM e HAS, percebemos que os índices estão abaixo do ideal, sendo de 71% do esperado de Hipertensos e 54% de Diabéticos, porém dos pacientes em acompanhamento aproximadamente 90% a 95% estão dentro de ações de prevenção e promoção da HAS e DM, existem um número ínfimo de pacientes com consultas em atraso (menos de 7%), assim como pacientes sem seguimento da patologia, mostrando assim que os indicadores de qualidade são bastante satisfatórios. Os percentuais são inferiores ao esperado devido uma perda no acompanhamento destes pacientes, ou seja, muitos recebem o diagnóstico, iniciam a medicação e abandonam o tratamento, por desconhecimento da real importância e riscos destas patologias. Também pelo fato de serem tratamentos que requerem o uso de mais de uma medicação a adesão torna-

se mais difícil, assim como a exigência de mudanças em um estilo de vida errado e viciado.

A Unidade conta com uma farmácia básica bastante completa, onde 100% dos medicamentos da farmácia básica, preconizada pelo MS existem na Unidade, medicações de uso contínuo que não estão disponíveis são providenciadas pela prefeitura mediante um processo judicial. O armazenamento das medicações é feito em um espaço adequado e controlado por uma profissional Farmacêutica. Sendo assim todos os pacientes portadores de DM e HAS, os quais necessitam de medicação de uso contínuo retiram estas medicações na própria Unidade, o manejo destes usuários é feito pelos Médicos Generalistas da Unidade, adotando Protocolos de Cardiologia e Endocrinologia estabelecidos pelas Sociedades Brasileiras, como por exemplo, as indicações de associação de drogas, solicitação de exames de rotina, etc. Quando existe suspeita, ou confirmação de lesão em órgão alvo, ou quando os valores de glicemia e pressão arterial não são alcançados com as medicações que a Unidade oferece, os pacientes são encaminhados para avaliação com profissionais especializados, em serviços de referência, aguardando para que esta ocorra.

Grupos de orientação acontecem, envolvendo todos os profissionais da Unidade, principalmente médicos, nutricionistas, enfermeiras e psicóloga. Estes grupos visam conscientizar a importância de um manejo adequado destas patologias, os meios de se obter um controle satisfatório da DM e HAS através da mudança de estilo de vida, os prejuízos que estas podem trazer em longo prazo, entre outros temas. No entanto, por estarmos diante de patologias “silenciosas” este manejo é extremamente difícil, exigindo uma ação firme de conscientização. No ano de 2013 houve uma ação de intervenção acerca destas patologias na Unidade, realizada pela Médica do PROVAB, daquele ano, os índices melhoraram e as fichas-espelho e tabelas, contribuem muito para o acompanhamento destes pacientes, no entanto ainda é necessário aperfeiçoar alguns aspectos.

4. Saúde do Idoso

Quando refletimos sobre os cuidados e atenção a Saúde Do Idoso, verificamos que segundo dados de registros na Unidade existem uma cobertura de 88% de

atenção à saúde do idoso, sendo esta uma cobertura satisfatória. Ao analisarmos os indicadores de qualidade e preencher os questionários, existe um acompanhamento significativo de idosos com patologias crônicas. Porém não existe uma avaliação de multidimensional rápida, fragilidade da velhice, assim como incentivo a aceitação das limitações presentes nesta faixa etária. A Política Nacional de Humanização, (PNH) proposta pelo Ministério da Saúde (MS), a qual deveria acontecer em todos os momentos do acolhimento, não existe em alguns.

Um dos problemas presentes na Unidade Básica de Saúde foram as condições físicas da Unidade, as chamadas “Barreiras Arquitetônicas”, citadas anteriormente, enfrentadas por pacientes idosos.

A equipe não segue um protocolo ou manual técnico de atendimento e seguimento específico para estes usuários, porém segue protocolos de manejo de patologias específicas; também não ocorre um monitoramento regular de ações ligadas a estes pacientes. Os grupos de orientações semanais, previamente citados, são na sua maioria compostos por pacientes idosos, é neste momento que dúvidas são esclarecidas, medicações distribuídas, experiências divididas.

A população do município é basicamente composta por agricultores, os quais trabalham de forma árdua, ligados à terra, há vários anos de suas vidas; com base neste cenário é visível a fragilidade emocional dos pacientes idosos, quando por algum motivo seja físico ou intelectual necessitam abandonar o campo e seus afazeres, logo se instala um quadro de depressão, ansiedade, insônia, o que acaba por alavancar outras patologias. Tendo em vista este quadro acredito que um trabalho de aceitação deva acontecer com estes pacientes, diminuir o ritmo de trabalho, adaptar suas tarefas é necessário. Grupos de conversa, oficinas de trabalhos manuais, palestras, devem acontecer periodicamente, envolvendo toda a equipe, principalmente psicologia. Buscando assim, o bem estar físico e mental destes usuários, apesar das limitações ocasionadas pela faixa etária.

Após o preenchimento de todos os questionários propostos, coleta de dados, preenchimento do Caderno de Ações Programáticas, conversas com colegas que estão há mais tempo na Unidade, conversas com usuários, refletir acerca de nossa capacidade de intervenção como profissionais de saúde, fica claro que o maior desafio

é fazer com que todos os profissionais que compõe a equipe de Atenção Primária à Saúde entendam que a maior ferramenta que possuímos é a de podermos prevenir e promover a saúde de nosso paciente levando em conta o meio que o cerca. Somente este pilar da atenção em saúde nos oferece esta possibilidade; muito mais que prescrevermos medicações, dieta, realizar exercícios de fisioterapia, devemos compreender que muitas de suas queixas são frutos da situação que este está inserido, sejam estas condições estruturais, como sistema de saneamento, tratamento da rede de água, sejam condições sociais, como desemprego, desavenças familiares. Este acolhimento não deve ficar restrito os médicos, enfermeiros, ele deve ser praticado desde os ACS, os quais freqüentam a casa dos usuários, balconistas da Unidade, os quais são os primeiros a receberem os pacientes na unidade, dentistas, nutricionistas, todos os membros da equipe.

Avaliando como um todo a capacidade de intervenção, as ferramentas que a Unidade possui, a composição da equipe, concluo que existe um mau aproveitamento destes profissionais. Ou seja, existe um incentivo muito maior a ações de tratamento que de prevenção de saúde, as agendas de todos os profissionais são repletas de pacientes, conforme ordens da gestão, deixando pouco espaço para palestras, atividades teatrais, atividades físicas, cursos de aperfeiçoamento dos profissionais, consultas multiprofissionais. Essas atividades ocorrem, porém com baixa freqüência.

Como citado anteriormente, apesar do município ter um importante orçamento, este conta com gestores despreparados para as funções as quais recebem. Infelizmente esta é a realidade de inúmeros serviços de saúde de nosso país, interesses políticos andam juntos com ações sociais; o que acaba fazendo com estas percam sua essência. Fato este que ficou claro, em situações onde se tentou conversar com gestores a respeito de mudanças, buscando benefícios para os usuários e a respostas foi: “isso não é prioridade da administração”, ou então: “isso é assim e sempre será”. Diante desta situação, nós profissionais de saúde devemos ter claro em nossas condutas valores éticos e morais, os quais regem nosso exercício profissional, buscando sempre intervir em pró dos nossos pacientes, sejam intervenções dentro do consultório, em conversas no corredor da Unidade, em visitas domiciliares, etc. A idéia é e sempre será exercer nossa função, nossa capacidade de

mudança, promover o bem estar dos usuários independentes de valores ou credos políticos.

Felizmente mudanças estão acontecendo na Unidade, como as implantações do NASF, informatização da Unidade, e-SUS, Tele-saúde, reformas físicas com isso esperamos que alguns aspectos, os quais deixam a desejar sejam melhorados e a população adscrita seja mais bem atendida.

1.3 Comentário comparativo entre o texto “Qual a situação da ESF-APS em seu serviço” (página 13) e o Relatório da Análise Situacional (página 15).

Relendo a tarefa proposta da segunda semana do curso, ainda na semana de ambientação “Qual a situação da ESF-APS em seu serviço”, presente no início deste texto, fica claro que a análise sobre condutas, prioridades da gestão, resultados de intervenção somente são possíveis quando vamos à busca de dados, quando conversamos com colegas e pacientes, quando refletimos, caso contrário a única coisa que conseguimos descrever com precisão são dados numéricos, como o número de usuários, as cidades de referência, etc.

Ao longo do período de Análise Situacional, foi possível desenvolver uma avaliação mais criteriosa das limitações do Serviço, daquilo que podemos mudar, ou daquilo que não podemos mudar, mas podemos melhorar. Surpresas positivas como, por exemplo, os índices de cobertura de pré-natal, saúde da criança, controle de CA de Mama e Colo do Útero, e surpresas negativas como o tempo de espera para uma consulta especializada, a forma como patologias crônicas são registradas, etc. Foram as tarefas propostas nas últimas semana que permitiram este olhar crítico e amplo sobre a situação da Unidade, seus aspectos positivos e sua limitações.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

O câncer de mama é a neoplasia mais freqüente na população feminina, ficando atrás apenas dos cânceres de pele não melanoma. Segundo dados do INCA há estimativa de 57.120 casos novos para o ano de 2014, com uma mortalidade de cerca de 13.345, sendo 120 homens e 13.225 mulheres. No Brasil a mortalidade pela

doença permanece elevada em decorrência do diagnóstico tardio e é por este motivo que ações voltadas para rastreio e prevenção do câncer de mama são extremamente importantes para que possamos modificar estas estatísticas.

O câncer de colo de útero é o terceiro tumor mais freqüente na população feminina, sendo responsável pela morte de 274 mil mulheres por ano (WHO, 2008). Com a realização periódica do exame citopatológico do colo do útero 100% dos casos podem ser diagnosticados precocemente, diminuindo sobremaneira os índices de mortalidade pela doença. Neste sentido que ações desenvolvidas no âmbito da atenção básica, através de orientação sobre fatores de risco e a realização de rastreamento, podem mudar o desfecho das pacientes acometidas por esta neoplasia.

O tema CA. Colo Uterino e CA. Mama foi escolhido dentre os abordados no caderno de ação programática devido estas serem patologias de indispensável diagnóstico precoce e adequado seguimento, seja qual for a alteração encontrada em exames de rotina. São patologias que implicam importantes mudanças no dia a dia de usuárias portadoras das mesmas, assim como a respostas ao tratamento está diretamente relacionada a uma intervenção o mais breve possível. Tendo em vista a característica de envelhecimento populacional no Brasil, estas estão sendo Neoplasias cada vez mais prevalentes e incidentes no nosso meio, já que a população de maior risco são mulheres da quarta década de vida em diante. A principal neoplasia que afeta mulheres no país atualmente é o câncer de mama, seguido pelo câncer de pulmão, colo e reto, nesta ordem, sendo esta mais um dado que reforça a importância de uma abordagem correta destas usuárias.

Um dos aspectos que irá contribuir na escolha deste foco está no fato de contarmos com uma equipe mista, bastante engajada nas ações propostas na Unidade, já que estamos diante de uma ação que necessita de um trabalho em conjunto, para o sucesso do seu diagnóstico e terapêutica. A população adscrita é, ligeiramente, feminina, e a faixa etária desta população é, na sua maioria, de 25 e 69 anos, faixa etária esta de maior risco para CA mama e CA colo útero. Contamos com um médico ginecologista e obstetra atuando dois turnos da semana na Unidade, o que facilita o acesso ao especialista sempre que necessário, já que esta é uma realidade

bastante preocupante no nosso meio, a demora da realização de avaliação com profissionais especialistas via SUS (Sistema Único de Saúde).

A equipe de enfermagem, composta por duas profissionais enfermeiras e três técnicas de enfermagem, já realiza na Unidade a coleta de CP (citopatológico) do colo uterino, em dois turnos semanais, assim como o encaminhamento para a realização de mamografia sempre que existir indicação. A adesão das usuárias neste acompanhamento é bastante satisfatória, percentuais vistos nos indicadores de qualidade desta ação, ao preencher o caderno de ação programática, os quais mostraram valores entre 85 e 95%, de qualidade. Alguns grupos de orientação, ainda em número insuficientes, são realizados orientando as formas de prevenção destas patologias, assim como fatores de risco, fatores de alarme, etc. No entanto apesar de já existir ações abordando o tema CA colo do útero e mama, estas ações ainda são insuficientes, podendo ser ampliadas. Orientações e esclarecimentos de dúvidas quanto às DST (doenças sexualmente transmissíveis), tabus estéticos enfrentados em casos de necessidade de mastectomia; dor e sangramento durante relação sexual, que podem ser sinais de alerta, devem ser incentivados.

Ao abordarmos este tema, de forma mais ampla e cuidadosa, usuárias verão que a prevenção não esta somente em o CP e realizar a mamografia, mas também em prevenir fatores de riscos, estarem atentas a sinais e sintomas de alerta, saber quais são as alterações malignas e benignas que podem ser encontradas, etc. Grupos com uma periodicidade fixa serão indispensáveis neste trabalho, envolvendo toda a equipe da Unidade, psicóloga, enfermeiras, dentistas, técnicas de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde, etc.

Assim como os demais colegas, o médico ginecologista será peça-chave nesta ação, podendo participar de atividades, esclarecendo eventuais dúvidas que vieram a surgir. Já que estamos diante de patologias, as quais geram várias angústias nestas usuárias, necessitando de um acolhimento especial, envolvimento da família e dedicação da equipe, tanto para o tratamento quanto para a prevenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade dos programas de rastreamento do câncer de colo de útero e de mama na área de abrangência da UBS de Capão do Cipó, RS.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero e mama
2. Melhorar a adesão das mulheres com exames de rastreio positivos
3. Melhorar a qualidade dos programas de rastreio de câncer de colo de útero e mama
4. Aprimorar o registro das informações
5. Mapear a população com fatores de risco para estas neoplasias
6. Realizar promoção de saúde.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero e mama

- 1.1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 80%.
- 1.2. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 80%.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a adesão das mulheres com exames de rastreio positivos

- 2.1. Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.
- 2.2. Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.
- 2.3. Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.
- 2.4. Realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a qualidade dos programas de rastreio de câncer de colo de útero e mama.

3.1. Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero.

Relativas ao objetivo 4: Aprimorar o registro das informações

4.1. Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em registro específico em 100% das mulheres cadastradas.

4.2. Manter registro da realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas.

Relativas ao objetivo 5: Mapear a população com fatores de risco para estas neoplasias

5.1. Pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo).

5.2. Realizar avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres entre 50 e 69 anos.

Relativas ao objetivo 6: Realizar promoção de saúde

6.1. Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero.

6.2. Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Unidade Sede (ESF-01) no município de Capão do Cipó/RS, no período de 12 semanas. Serão participantes deste projeto todas as mulheres nas faixas etárias de 25-64 e 50-69 anos pertencentes à área de abrangência do município.

2.3.1 Ações

Dentre as metas propostas no projeto de intervenção está a ampliação da cobertura de diagnósticos precoces de Câncer de colo de útero e mama na população

adscrita, para valores de aproximadamente 80%; e aprimorar a forma como acontece o registro destas usuárias. Para estas ações pretende-se orientar a equipe quanto à forma adequada de registrar estas pacientes, seja em prontuários clínicos, fichas-espelhos, fichas de atendimentos, etc. Monitorar a cobertura, revisando o livro de controle de realização de CP (citopatológico) de colo do útero e mamografias, controlar os números obtidos no e-SUS, sistema em implantação na Unidade, melhorar o acesso das usuárias até a Unidade, seja com a flexibilidade de horários para coleta de CP, seja através da disponibilidade de meios de locomoção, até o posto, buscando usuárias de uma determinada região, em um determinado turno. Enfatizar a importância do acolhimento destas usuárias; alertar, sempre que possível, sobre os benefícios do diagnóstico precoce destas patologias e adequado seguimento. Pacientes que não realizam esta prevenção na Unidade devem estar cientes da importância deste seguimento, seja onde ele for realizado, ACS devem estar atentos se a prevenção está em dia.

Outra ação é a realização de coletas de amostras satisfatórias de CP e mamografias, para isso deve-se orientar a equipe sobre a técnica preconizada pelo MS (Ministério da Saúde) através do Caderno de CONTROLE DOS CÂNCERES DE COLO DO ÚTERO E DA MAMA (ano de 2013), para esta coleta e a periodicidade tanto de CP, quanto mamografia. Armazenar de forma adequada estas amostras coletadas, até o encaminhamento dos mesmos para a análise. Buscar antecipar a realização de marcação de mamografias sempre que possível, para que não exista atraso na sua periodicidade.

A equipe deve estar treinada e ter conhecimento suficiente dos manuais do MS, de prevenção de CA colo do útero e CA de mama, monitorar os exames com alterações, sejam estas de ordem malignas ou benignas. Deve acontecer uma divisão de tarefas entre os membros da equipe, para coleta, armazenamento, encaminhamento, de exames, estando cada um responsável pelas ações que lhes foram dadas. ACS (agentes comunitários de saúde) devem ser capacitados para informarem as usuárias sobre a frequência de realização destes exames, consultas com médicos generalistas, consultas com médico ginecologista e obstetra,

participação de grupos. Assim estaremos realizando a busca ativa e seguimento de 100% de pacientes com alterações de CP e mamografia.

As mulheres cadastradas na ação devem estar registradas de forma correta e atualizada, seja na ficha-espelho individualizada, seja em planilhas de coletas de dados, isso facilitará a identificação e busca de usuárias com acompanhamento em atraso, ou inadequado.

Devemos fazer com que a ação siga fundamentos do SUS; tais como a equidade, ou seja, os “diferentes” devem ser tratados de forma diferente. As usuárias com fatores de riscos, ou alterações nos exames de rastreio devem ser atendidas de forma diferenciada, alertadas de forma mais enfática, realizar acompanhamento com maior frequência se necessário. Os membros da equipe devem estar atentos a esta avaliação individualizada das usuárias, através da estratificação de risco de cada usuária. A equipe deverá ter também o conhecimento de como realizar medidas de controle de fatores de riscos passíveis de modificação.

Além da prevenção, a promoção de saúde, fundamento básico de atenção primária à saúde, vai acontecer durante a ação, através do encaminhamento das usuárias para serviços de referência sempre que necessário, para que seja realizado um adequado manejo. Orientação sobre a prevenção de DST (doença sexualmente transmissível), faixa etária de maior risco, sinais de alerta como dor e sangramento durante a relação sexual, importância da prática de atividades físicas, riscos do tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, drogas ilícitas, também estarão presentes.

A atenção deve acontecer de forma integral, desde a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação das usuárias, envolvendo, nestas diferentes etapas, todos os membros da equipe. O princípio da Universalidade estará presente no momento em que todas as usuárias farão parte da ação, sem haver qualquer distinção.

2.3.2 Indicadores

Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero e mama

Meta 1.1. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade para 80%.

Indicador 1.1. Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de colo de útero.

Numerador: Número de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas com exames em dia para detecção precoce do câncer de colo de útero.

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 80%.

Indicador 1.2. Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.

Numerador: Número de mulheres entre 50 e 69 anos de idade com exame em dia para detecção precoce do câncer de mama.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 e 69 anos que vivem na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 2: Melhorar a adesão das mulheres com exames de rastreio positivos

Meta 2.1. Identificar 100% das mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde

Indicador 2.1: Proporção de mulheres que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde.

Numerador: Número de mulheres que tiveram exame citopatológico de colo de útero alterado que não retornaram à unidade de saúde.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa com exame citopatológico de colo de útero alterado.

Meta 2.2. Identificar 100% das mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde

Indicador 2.2: Proporção de mulheres que tiveram mamografia alterada que não estão sendo acompanhadas pela Unidade de Saúde.

Numerador: Número de mulheres que tiveram mamografia alterada que não retornaram à unidade de saúde.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa com exame de mamografia alterada.

Meta 2.3. Realizar busca ativa em 100% de mulheres com exame citopatológico alterado sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Indicador 2.3: Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Numerador: Número de mulheres com exame alterado (citopatológico de colo de útero e/ou mamografia) que não retornaram a unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Denominador: Número de mulheres com exame alterado (citopatológico de colo de útero e/ou mamografia) que não retornaram à unidade de saúde.

Meta 2.4. Realizar busca ativa em 100% de mulheres com mamografia alterada sem acompanhamento pela unidade de saúde.

Indicador 2.4: Proporção de mulheres com mamografia alterada que não estão em acompanhamento e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Numerador: Número de mulheres com mamografia alterada que não retornaram a unidade de saúde e que foram buscadas pelo serviço para dar continuidade ao tratamento.

Denominador: Número de mulheres com mamografia alterada que não retornaram à unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a qualidade dos programas de rastreio de câncer de colo de útero e mama

Meta 3.1. Obter 100% de coleta de amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero.

Indicador 3.1: Proporção de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo de útero.

Numerador: Número de mulheres com amostras satisfatórias do exame citopatológico de colo de útero realizados.

Denominador: Número total de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde que realizaram exame citopatológico de colo de útero.

Relativos ao objetivo 4: Aprimorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter registro da coleta de exame citopatológico de colo de útero em registro específico em 100% das mulheres cadastradas.

Indicador 4.1: Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero.

Numerador: Número de registros adequados do exame citopatológico de colo de útero.

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa.

Meta 4.2. Manter registro da realização da mamografia em registro específico em 100% das mulheres cadastradas.

Indicador 4.2: Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia.

Numerador: Número de registros adequados da mamografia

Denominador: Número total de mulheres entre 50 e 69 anos cadastradas no programa.

Relativos ao objetivo 5: Mapear a população com fatores de risco para estas neoplasias

Meta 5.1. Pesquisar sinais de alerta para câncer de colo de útero em 100% das mulheres entre 25 e 64 anos (Dor e sangramento após relação sexual e/ou corrimento vaginal excessivo).

Indicador 5.1: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

Numerador: Número de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero.

Denominador: Número total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no programa.

Meta 5.2. Realizar avaliação de risco para câncer de mama em 100% das mulheres entre 50 e 69 anos.

Indicador 5.2: Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

Numerador: Número de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama.

Denominador: Número total de mulheres entre 50 a 69 anos cadastradas no programa.

Relativos ao objetivo 6: Realizar promoção de saúde

Meta 6.1. Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Indicador 6.1: Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Numerador: Número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de colo de útero.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de colo de útero.

Meta 6.2. Orientar 100% das mulheres cadastradas sobre doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fatores de risco para câncer de mama.

Indicador 6.2: Proporção de mulheres orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

Numerador: Número de mulheres que foram orientadas sobre DST e fatores de risco para câncer de mama.

Denominador: Número de mulheres cadastradas no programa da unidade de saúde para detecção precoce de câncer de mama.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção vamos adotar o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013, de Controle dos Cânceres de Colo do Útero e Mama. Utilizaremos ficha-espelho individual, a qual será anexada aos prontuários clínicos das pacientes, o modelo utilizado será o fornecido pelo curso de pós-graduação em

medicina da família da UFPEL. Faremos contato com o gestor municipal de saúde para disponibilizar inicialmente cópias de 500 fichas-espelhos, estando sujeito aumentar este número se necessário. Nesta ficha irá conter dados dos pacientes como nome e idade; resultados de exames de CP (citopatológico) do colo do útero e mamografia, a data de suas realizações, se a paciente foi orientada quanto ao auto-exame de mamas, riscos e forma de prevenção de DST (doenças sexualmente transmissíveis), entre outros dados importantes para o seguimento destas usuárias.

Esperamos que aproximadamente 680 (80%) usuárias entre 25 e 64 anos estejam com seu CP em dia, além de terem recebidos todas as orientações sobre os fatores de riscos e prevenção do CA de colo do útero, e aproximadamente 220 (80%) usuárias entre 50 e 69 anos, estejam com sua mamografia entre da periodicidade ideal, assim como tenham recebido as orientações quanto aos fatores de risco e prevenção do câncer de mama, e auto-exame. Números de 80% do esperado para a área de cobertura da Unidade.

Todos os profissionais da equipe farão a busca ativa por estas usuárias sejam estes ACS (agentes comunitários de saúde) durante visitas domiciliares; equipes de nutrição, saúde bucal, enfermagem, psicologia, durante atendimentos na unidade. Os colegas serão orientados quanto à correta forma de identificar estes usuários, a existência de fichas espelho anexadas nos prontuários deve ser confirmada, assim como o correto e atualizado preenchimento de seus dados. Depois de identificadas estas usuárias serão orientadas, pela equipe de enfermagem, durante a triagem e acolhimento, a realizarem avaliação com equipe médica, quando serão verificados os últimos exames realizados e os resultados dos mesmos, se necessário estas usuárias serão encaminhadas a outros profissionais, seja na própria Unidade ou em outro serviço de referência. Uma importante ferramenta para a busca de usuárias em atraso será o livro de controle de realização de coletas de CP e mamografias realizadas na unidade, atualmente preenchido e atualizado pela equipe de enfermagem.

A análise situacional e o foco da intervenção foram discutidos com a equipe, onde todos concordaram com a importância da prevenção e diagnóstico precoce destas patologias. Começaremos a intervenção capacitando a equipe, a idéia será familiarizar todos os profissionais com Manual adotado na intervenção, esta

capacitação acontecerá ao final das reuniões semanais da equipe, as quais se realizam nas sextas-feiras, no turno da tarde, será utilizado o tempo de 1 hora e meia a duas horas. Cada membro ficará encarregado de ler e entender uma parte deste manual e em encontros seguintes transmitir aquilo que compreendeu para os demais colegas, assim todos terão conhecimento do protocolo a ser seguido. Orientações como a periodicidade e os exames a serem realizadas, as possíveis alterações presentes nos mesmos, os fatores de risco e de proteção devem ser de conhecimento de toda a equipe.

A equipe de enfermagem, responsável pela coleta, deve estar atualizada quanto à técnica adequada de coleta do material para CP, fazendo com que as coletas sejam satisfatórias para a análise, assim como verificar se a reposição de insumos está sendo suficiente, se existe espelho, escovas cervicais, lâminas de vidro em quantidade adequada, sempre que isso não estiver de acordo, a equipe deve ser informada, para que esta situação seja repassada aos gestores e as devidas providenciadas sejam tomadas.

As pacientes com alguma alteração que necessite de um acompanhamento com maior periodicidade terão horários reservados na agenda do médico da unidade, assim como pacientes com fatores de riscos, como, por exemplo, dor e sangramento durante relação, alterações no auto-exame das mamas, poderão realizar seu CP e avaliação clínica fora dos horários pré-estabelecidos.

A promoção de saúde durante a ação se dará através de grupos de orientação com a presença de pacientes dentro da faixa etária classificada como de maior risco; palestras sobre prevenção de DST, fatores de riscos modificáveis, importância da prevenção do HPV, sinais de alerta na topografia das mamas, serão repassados a estas usuárias durante estes grupos; os quais serão realizados por médicos, enfermeiras, psicóloga. A equipe de Nutrição alertará estas usuárias, quanto ao risco do aumento de peso, já que existem, estudos que indicam uma maior incidência de CA de mama em pacientes obesas, assim como a saúde bucal deve fazer parte do seguimento destas usuárias. Grupos de orientação já são realizados semanalmente em comunidades distantes na Unidade, no entanto muitas vezes estes temas acabam

ficando de fora dos abordados, a idéia será incluí-los, e ampliar o número de grupos, sejam estes na própria Unidade, nas escolas, salões de igrejas, comunitários, etc.

OBS: As visitas domiciliares realizadas por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem serão agendadas conforme a necessidade.

3 Relatório da Intervenção

Estes serão os relatos das últimas semanas de ações. Últimas semanas de ações propostas dentro do cronograma, mas que, com o trabalho e aceitação da equipe, das usuárias, e dos gestores, muitas atividades realizadas até aqui estarão, a partir de agora, incorporadas à rotina da Unidade, acredito que este seja o mais gratificante resultado. No momento em que conseguimos aprimorar a forma como a prevenção, cura e diagnóstico de saúde acontecem em nosso serviço, atingimos nossa verdade missão, a de promover saúde. Ao longo deste ano, nos preparamos para o projeto, e para as conquistas de seus resultados; inicialmente entendemos os objetivos do curso, refletimos sobre nossos anseios ao longo desta jornada, depois disso conhecemos melhor a nossa Unidade, seja o seu espaço físico, seja o perfil da comunidade adscrita e equipe, depois foi o momento de escolhermos qual ação traria maior benefício para o grupo populacional aqui atendido, foi quando optamos pela PREVENÇÃO DOS CÂNCERES DE MAMA E COLO UTERINO. Após organizarmos a logística, o tempo, as ferramentas disponíveis e necessárias, foi chegada a hora de colocarmos em prática minhas idéias, era o chamado momento de “mãos a obra”.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas – facilidades e dificuldades

Inicialmente encontrei uma equipe meio tímida, conhecendo aos poucos projeto fora da teoria, sem saber exatamente qual seria melhor forma de cada um dar a sua contribuição; as ações foram aos poucos, e de forma natural, fazendo parte do dia a dia de todos. As semanas foram passando, os colegas tornando-se cada dia mais engajados, foram inúmeras reuniões de equipe, nas sextas-feiras, onde foram feitas as escolhas de temas a serem abordados nas palestras quinzenais, distribuição de tarefas entre a equipe, conversas com os gestores, para a apresentação da proposta do projeto, e principalmente a conscientização de todos quanto à importância e os benefícios da ação para a comunidade. Realizamos 5 palestras de orientação, na Unidade, sempre abordando temas relacionados ao foco escolhido para a ação, ampliamos o número de dias e turnos disponíveis para a coleta de exames preventivos dos cânceres de mama e colo uterino, ação a qual será mantida na Unidade, acolhemos os usuários, explicamos como cada usuária poderia ser beneficiada pelo

projeto, fizemos atendimentos clínicos das pacientes, cadastros das mesmas, preenchimento de fichas-espelhos, buscamos usuárias faltosas, com exames em atraso, ou alterados, realizamos o encaminhamento para outros profissionais sempre que necessário, unimos o projeto às atividades do “OUTUBRO ROSA” no município. Com isso conhecemos melhor o perfil das nossas usuárias, alertamos e conscientizamos sobre prevenção de cânceres de mama e colo uterino, tornamos mais fácil o acesso a todas, convencemos que a prevenção é mais fácil, menos dispendiosa e mais simples que o tratamento, quando este se fez necessário também fizemos com que este acontecesse com agilidade e sucesso. Contamos com uma equipe mista, onde quase totalidades dos profissionais contribuíram de alguma maneira para o sucesso da ação, médicos, fisioterapeuta, médicos, nutricionista, agentes comunitários de saúde, enfermeiras, dentistas, secretárias, técnicas de enfermagem, foram peças chaves para um balanço positivo ao longo destas 12 semanas. Estes profissionais estiveram presentes durante as palestras, receberam usuárias para atendimento clínico, encaminharam e orientaram usuárias e procuraram atendimento médico para controle da prevenção, realizaram o cadastro das mesmas, etc. Usamos as atividades de rotina da Unidade para incorporar pacientes à ação, como grupos no interior do município, nas quartas-feiras, visitas domiciliares, nos mais variados turnos, atividades nas escolas do município, etc. Tornamos todos os momentos benéficos para fazer com que as usuárias conhecessem e buscassem beneficiar-se das ações que estavam sendo propostas. E assim foi, palestra com números progressivos de usuárias presentes, comunidade procurando os membros da equipe para conhecer melhor o projeto, fichas reservadas diariamente para coleta de CP e solicitação de mamografias, sempre completas, número decrescente de usuárias faltosas, diagnósticos e tratamento precoce de lesões de colo uterino como HPV, cadastro de usuárias feitas diariamente.

Encontramos limitações como, por exemplo: a vasta área territorial do município, quando distritos distam até 45 km da sede, dificultando assim o acesso; situação esta amenizada quando o município foi contemplado (final do mês de setembro 2014) com uma Unidade móvel de atendimentos médico e odontológico; encontramos duas áreas com carência de Agentes comunitários de saúde (ACS).

Uma minoria dos membros da equipe julgou inicialmente ambicioso demais o projeto; encontramos certa resistência por parte de determinados gestores, os quais muitas vezes desconhecem a importância da prevenção de saúde, ou mesmo desconhecem as atribuições e tarefas as quais lhes são concedidas; gestores despreparados talvez sejam, nos dias atuais, a maior barreira para colocarmos em práticas ações em nosso país, nas mais diversas esperas públicas. Após atitudes diárias de trabalho, paciência e diálogos, terminamos as 12 semanas de intervenção com um número de 668 pacientes cadastradas, cronograma em quase sua totalidade cumprido, equipe e usuárias satisfeitas e, principalmente, boas heranças para o serviço de saúde Do município de Capão do Cipó – RS.

As ações previstas no projeto e descritas de forma detalhada na tarefa 3 do módulo “análise estratégica”, foram cumpridas, na sua maioria, de forma integral e dentro do cronograma previsto. Foram cadastradas pacientes dentro das faixas etárias preconizadas pelo Ministério da Saúde, num total de 527 usuárias entre 25 e 64 anos, 205 usuárias entre 50 e 64 anos. Todas as pacientes cadastradas tiveram coletas de exames citopatológicos com amostras satisfatórias, um número mínimo de usuárias teve a necessidade de repetir a coleta, tornando assim o exame adequado. As usuárias dentro da faixa etária para controle de mamografia realizaram a mesma, algumas usuárias ainda estão aguardando a data para realização, no entanto os cadastros não irão parar com o final do módulo de intervenção. Inicialmente foram realizados encontros da equipe para leitura, entendimento e discussão do Manual do Ministério da Saúde, para a prevenção dos cânceres de mama e colo uterino. Foram expostas, durante reuniões de equipe, faixas etárias, forma de análise e periodicidade de realização dos exames, etc. o manual esteve neste período impresso e disponível para toda a equipe realizar consultas quando necessário. Todas as ações realizadas no período de intervenção foram previamente planejadas pela equipe, principalmente por médicos, agentes comunitários de saúde, equipe de enfermagem, onde foram dadas sugestões, discutidos resultados, entre outros aspectos. As pacientes receberam fichas-espelhos anexadas em seus prontuários de cada paciente, inicialmente com verbas do município, posteriormente com verbas da própria especializanda, responsável pela intervenção. Comunidades mais distantes foram

informadas do projeto, durante encontros mensais, assim como as usuárias orientadas a procurar atendimento para controle da prevenção. Dificuldades como o acesso à Unidade, devido à vasta área territorial, ausência de duas agentes comunitárias, devido afastamento por problemas de saúde, foram dificuldades encontradas ao longo da intervenção, todavia procurou-se buscar alternativas, tais como aumento do número de usuárias sob responsabilidade de cada agente comunitário de saúde, implantação do serviço de Unidade móvel, etc.

Ao longo das semanas de intervenção, como ao longo do exercício profissional, todas as doutrinas, as quais regem o Sistema Único de Saúde, foram, na medida do possível, respeitadas, como a equidade quando pacientes com alguma limitação, dificuldade de acesso, horários, etc. foram atendidas em turnos e dias diferenciados, permitindo e facilitando que todas as usuárias se beneficiassem da intervenção. A Universalidade também foi respeitada, quando todas as usuárias tiveram acesso ao projeto, das mais variadas idades, escolaridade, condição financeira, sem qualquer distinção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas – facilidades e dificuldades

Ao analisarmos os resultados finais da intervenção, percebemos que mesmo todas as ações tendo sido cumpridas, algumas delas poderiam ter resultados mais satisfatórios, como o número de usuárias cadastradas, mesmo tendo como facilidade o engajamento de uma ampla equipe mista de saúde, ao longo do ano duas ACS foram afastadas de suas atividades, por motivos de saúde e licença maternidade, sem terem suas funções substituídas por outros profissionais, aliado a isso a dificuldade de promovermos saúde em comunidades mais distantes.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados – facilidades, dificuldades, e incorporação à rotina de serviços.

A seguida atualização por parte do curso da tabela de coleta de dados prevenção dos cânceres de mama e útero ao longo da Unidade de Intervenção, fez com que a tabela tivesse que ser reescrita várias vezes, assim como a interpretação dos indicadores. O preenchimento dos dados não gerou dúvidas, aconteceu de forma fácil e compreensiva, no entanto a interpretação de alguns dados e gráficos gerados

na tabela final gerou algumas dúvidas, após realizarmos a análise final da planilha de coleta de dados, percebeu algumas percentagens distantes da realidade do serviço, como por exemplo, resultado final de 900% de usuárias com mamografia alterada, as quais não retornaram à Unidade. O mesmo erro constou nas usuárias com CP alterado, sendo que 18 usuárias não retornaram para revisão dos resultados de CP, no entanto apenas um desses CP estava alterado. Foi realizada a busca ativa de todas as usuárias faltosas. Após a leitura e reinterpretação da planilha foi feita a detecção do erro, alguns dados estavam sendo preenchidos de forma desnecessários, para algumas usuárias. Com isso concluímos que a coleta e sistematização de dados aconteceram de forma clara e correta, no entanto algumas regras de preenchimento não estavam claras, no início da intervenção, e somente foram compreendidas ao final desta.

3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços.

Ao realizarmos o balanço final do período de intervenção, o mais gratificante é, além dos frutos colhidos ao longo destas 12 semanas, os frutos que ficaram e ainda serão colhidos, dentre estes temos a ampliação dos turnos e dias da semana para a realização de coletas de exames citopatológicos, até então estes eram realizados somente nas sextas-feiras. Para aumentar e facilitar o acesso das usuárias, foram reservadas 3 fichas por turno, nas terças, quartas e quintas-feiras. Esta ação foi aprovada pela equipe e usuárias e, sem dúvida alguma, seguirá acontecendo na Unidade, assim como a realização de palestras na Unidade, quinzenais, onde todas as usuárias serão convidadas a participarem, podendo ser abordados os mais variados temas, já estamos programado para realizamos 2 palestras no mês de novembro com o tema Câncer e alterações de Próstata, dentro das atividades do “Novembro Azul”, assim pode ser feitos nos mês seguintes, sempre abordando um tema naquele mês. A tabela de coleta de dados foi utilizada pelos médicos da equipe, clínicos gerais e médico ginecologista, os quais poderão seguir utilizando a tabela para controle de prevenção dos cânceres de mama e colo uterino. Até então os atendimentos ginecológicos e obstétricos eram escritos em prontuários separados, dos atendimentos clínicos, com a presença das fichas-espelhos anexadas aos prontuários, os dados ginecológicos das usuárias serão de acesso a todos os médicos

que tiverem acesso ao prontuário e não apenas o ginecologista. Houve a capacitação da equipe, com certeza todos os ensinamentos serão mantidos e colocados em prática, de forma contínua na Unidade. Sem dúvida dentre as heranças geradas pelo projeto ficará a certeza de que quando o trabalho de equipe é alicerçado em diálogo, e fins comuns os resultados serão satisfatórios e os melhores possíveis.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Chegada etapa de refletirmos sobre tudo aquilo que foi feito até este momento, é hora de analisarmos minuciosamente os pontos positivos a serem mantidos e os pontos negativos a serem corrigidos em nossos serviços, para que os frutos de nossa intervenção possam ser usufruídos da melhor forma possível.

O número estimado de usuárias entre 25 e 64 anos, cadastradas na área de cobertura da Unidade, era de aproximadamente 757, dados coletados da SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), assim como 236 usuárias entre 50 e 69 anos de idade, dados coletados do mesmo sistema.

ANÁLISE DE INDICADORES

Relativos ao objetivo 1: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero e mama.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de colo de útero das mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos para 80%.

Indicador 1.1: Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de útero.

Ao realizarmos uma **análise quantitativa** do indicador **1.1**, identificamos o cadastramento de 186 usuárias no primeiro mês, 188 usuárias no segundo mês e 152 usuárias no terceiro mês de intervenção, correspondendo a uma cobertura cumulativa de 24,83 % (mês 1), 49,40% (374 usuárias) no mês 2 e 69,48% (526 usuárias) no mês 3. **Qualitativamente** percebemos que o percentual individual de cada mês manteve-se constante, com pequenas variações, este fato deve-se ao fato de ter acontecido um planejamento detalhado da forma como aconteceria a intervenção, antes desta

começar. O cadastramento das usuárias foi previamente entendido pela equipe antes deste começar, assim como o adequado preenchimento da planilha de coleta de dados, caso contrário este percentual teria iniciado baixo e somente ao longo da intervenção teria atingido valores maiores. A contribuição de todos os profissionais, principalmente daqueles que realizaram diretamente o correto cadastro das usuárias (médicos e enfermeiras), foi um dos fatores-chaves para que o percentual final atingisse valores significante de aproximadamente 70%. O cadastramento das usuárias somente foi possível, graças à contribuição de agentes comunitários de saúde (ACS), os quais realizaram a busca ativa de usuárias faltosas, informaram as usuárias do projeto durante as visitas domiciliares, assim como outros membros da equipe, nutricionista, fisioterapeuta, enfermeiras, dentistas, secretárias, farmacêutica, que reforçaram a importância da ação e orientaram as usuárias de como estas poderiam beneficiar-se da mesma.

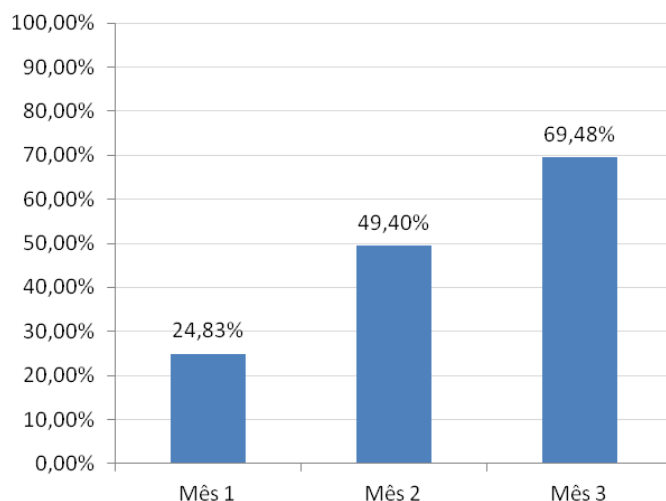


Figura 4: Gráfico indicativo da cobertura do programa de investigação e controle do **câncer de colo de útero** na Unidade de Saúde da Família de Capão do Cipó, RS, de agosto a outubro de 2014. Fonte: registros próprios.

Meta 1.2. Ampliar a cobertura de detecção precoce do câncer de mama das mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos de idade para 80%.

Indicador 1.2. Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com exame em dia para detecção precoce de câncer de mama.

O número estimado de usuárias entre 50 e 69 anos, segundo dados coletados do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) é de aproximadamente 236 usuárias. O indicador **1.2** mostrou, de forma **quantitativa**, que no mês 1 foram

cadastradas 65 usuárias, assim como no mês 2, e no mês 3 foram cadastradas mais 51 usuárias, totalizando respectivamente 65 (27,54%), 130 (55,08%) e 181 (76,69%) de cobertura. **Qualitativamente** atribuímos este percentual a um trabalho de busca ativa, informação sobre a ação, criação de atividades atrativas, como palestras, visitas domiciliares, assim como o adequado cadastro destas usuárias na planilha de coleta de dados. Percebemos que nos dois primeiros meses o número de usuárias cadastradas foi idêntico, fato este que não pode ser atribuído a nenhum fato, se não a uma coincidência. Tanto nos indicadores 1.1, quanto 1.2 percebemos uma pequena queda no percentual de usuárias cadastradas, fato este atribuído a ausência de 2 agentes de saúde no último e penúltimo mês de intervenção, assim como a redução de usuárias sem cadastro, tendo em vista o trabalho realizado nos primeiros meses de intervenção.

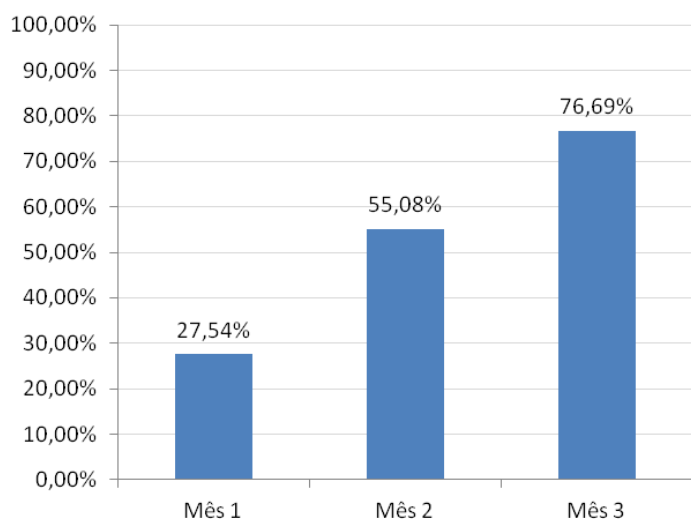


Figura 5: Gráfico indicativo da cobertura do programa de investigação e controle **do câncer de mama** na Unidade de Saúde da Família de Capão do Cipó, RS, de agosto a outubro de 2014. Fonte: registros próprios.

O indicador **2.1** (proporção de mulheres com amostra satisfatória do exame citopatológico de colo uterino) mostrou excelentes percentagens quando analisamos **quantitativamente** a técnica e coleta de coleta de CP, no mês 1 houveram 183 amostras satisfatórias das 186 amostras coletadas, no mês 2 todas as amostras foram satisfatórias 188 das 188 coletadas, mês 3 novamente todas as amostras foram satisfatórias, sendo 152 satisfatórias das 152 coletadas. Estes números corresponderam respectivamente, 98,4% (mês 1), 100% (mês 2), 100% (mês 3),

totalizando um percentual de **99,4%** de amostras satisfatórias de CP ao longo dos 3 meses de intervenção. **Qualitativamente** podemos atribuir estes expressivos percentuais a disponibilidade de materiais, como lâminas de vidro, fixadores, espelho, maca adequada, e também a adequada técnica de coleta, pelos profissionais médicos e enfermeiros. Ao conversar com as colegas estas informaram que raramente existe a necessidade da realização de nova coleta, pelo fato desta ter sido insatisfatória, sendo um fato isolado a necessidade de 3 novas coleta um único mês.

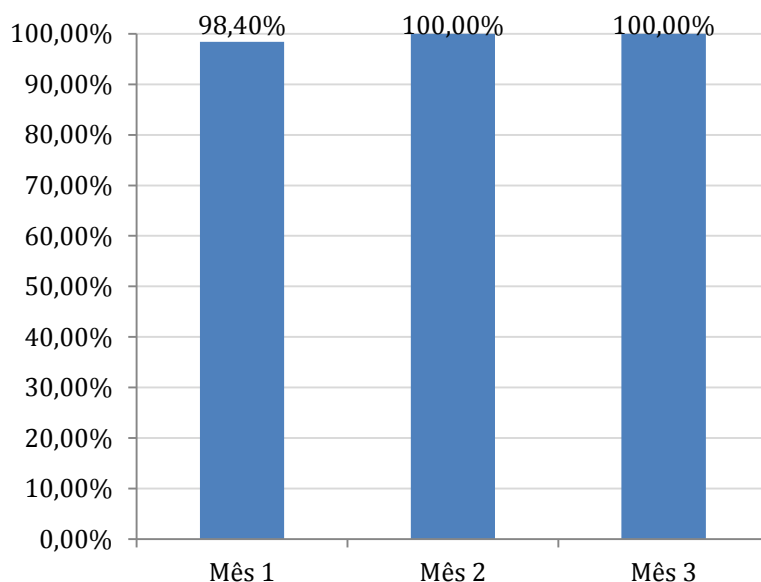


Figura 6: Gráfico indicativo da proporção de amostras satisfatórias do exame citopatológico do colo do útero, Capão do Cipó - RS

Ao analisarmos **quantitativamente** o indicador **3.1** (Proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram para conhecer o resultado), percebemos que foram extremamente baixos os índices de mulheres com CP alterado e que não retornaram à Unidade, no mês 1 foram registrados 8 CP alterados, mês 2 este número foi de 6 exames alterados e no mês 3 foram 4 alterações; deste exames alterados apenas 1 usuária deixou de retornar à Unidade, no mês 3, para dar seguimento no seu tratamento, correspondendo a uma percentagem final de 5,6%. Analisando **qualitativamente** este percentual, podemos atribuir a preocupação das usuárias tanto em realizar o exame, como buscá-lo e realizar o tratamento adequado, quando necessário, ao trabalho de conscientização realizado continuamente em

comunidades do interior, ou durante o acolhimento no próprio posto de saúde, assim como o trabalho de ACS, os quais avisam pessoalmente as usuárias quando o exame está disponível para que seja retirado, na Unidade. Tivemos o caso de uma usuária, de 19 anos de idade com lesão compatível com HPV, a qual não retornou à Unidade para que fosse feito o controle de tratamento da alteração, houve a busca ativa desta usuária e a adequada conduta foi tomada.

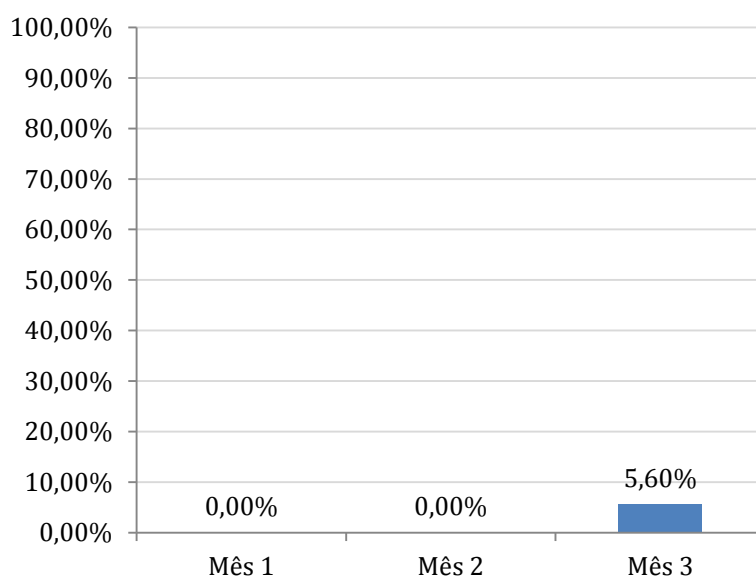


Figura 7: Gráfico indicativo da proporção de mulheres com exame citopatológico alterado que não retornaram para conhecer resultados, Capão do Cipó - RS

O indicador **3.2** (Proporção de mulheres com mamografia alterada que não retornaram para conhecer o resultado) mostrou **quantitativamente** uma percentagem de **0 (zero)** usuárias com resultado alterado sem adequado acompanhamento. Ao longo da intervenção foram diagnosticadas 2 mamografias alteradas, sendo 1 do mês 1, e 1 no mês 2, zero no mês 3; as duas usuárias retornaram a Unidade. **Qualitativamente** este fato deve-se ao trabalho de conscientização feito por toda a equipe, alertando sempre que a adequada prevenção acontece quando além de realizar o exame, este tem um adequado seguimento. Dentre as duas usuárias temos, uma paciente de 64 anos de idade, com diagnóstico de Neoplasia de mama, dando seguimento ao tratamento na cidade de Santa Maria - RS.

Assim como o indicador **3.3** mostrou **quantitativamente** que, dentre os CP alterados, uma usuária não retornou à Unidade, sendo realizada a busca ativa da mesma; sendo que no mês 1 e 2 todas as pacientes com alteração do exame preventivo, buscaram o resultado do mesmo assim como o tratamento adequado; no mês 3 dentre as 4 usuárias com CP alterado, uma não deu o adequado seguimento, foi quando foi realizada a busca ativa da mesma e realizado o adequado tratamento, este caso foi previamente citado na análise do indicador 3.1. Logo a percentagem final deste indicador foi de 0%. Ao analisarmos **qualitativamente** atribuímos este excelente índice ao trabalho de conscientização, ou seja, prevenção e promoção de saúde, realizado pela equipe. Assim como ao fato da equipe ser mista e composta com diversos profissionais de saúde, logo sempre que o usuário procura a Unidade este é alertado sobre a importância e os cuidados para com sua saúde e bem estar, desta maneira a tarefa de alertar, prevenir e promover saúde não fica apenas a critério da equipe médica e de enfermagem como acontece em equipes de ESF tradicionais.

O indicador **3.4** (Proporção de mulheres que não retornaram para resultado de a mamografia e foi feita a busca ativa) foi de **0 (zero)**, pois todas as usuárias que apresentaram mamografia com alguma alteração retornaram à Unidade, nos três meses de intervenção. **Qualitativamente** atribuímos este índice ao trabalho de equipe, já citado anteriormente, na análise de outros indicadores, assim como as constantes informações que os ACS levam até as usuárias, sobre datas para retirada de resultados, importância do registro deste resultado na planilha de coleta de dados, etc. Acreditamos que o diálogo, a informação, a conscientização são peças chaves para o sucesso da medicina preventiva.

O indicador **4.1** (Proporção de mulheres com registro adequado do exame citopatológico de colo de útero), foi de **100%** quando avaliado de forma **quantitativa**, no mês 1 foram 186 usuárias registradas, no mês 2 foram 188 usuárias registradas e no mês 3 foram 152 usuárias registradas; todos os registros aconteceram de forma adequada. **Qualitativamente** esta percentagem deve-se ao fato da tabela ter sido

compreendida pelos profissionais, os quais a utilizariam, antes de iniciarmos a intervenção; a tabela esteve disponível, durante a intervenção, em 2 computadores, nos consultórios clínico e ginecológico. Eu como coordenadora do projeto, ficava com a missão de unir os dados registrados em uma única tabela e analisar os indicadores ao final de cada semana, assim como verificar e corrigir eventuais erros de registros.

Ao analisarmos de forma **quantitativa** o indicador **4.2** (Proporção de mulheres com registro adequado da mamografia), percebemos que no mês 1 das 71 usuárias as quais fazem parte do programa na UBS, 67 estavam com o registro adequado, correspondendo a um índice de 94,36%; no mês 2 o número de usuárias participantes do programa foi de 73, sendo 67 registros feitos de forma adequada, correspondendo a uma percentagem de 91,78%, no mês 3 estavam fazendo parte do programa 61 usuárias, as quais estavam com registro adequado 52 usuárias, correspondendo a uma percentagem de 85,24%. O índice final foi de **90,7%**, equivalente a 186 usuárias com registro adequado. **Qualitativamente** podemos atribuir este índice ao fato de algumas usuárias não retornarem a Unidade para pegar o resultado de sua mamografia, por se tratar de pacientes idosas muitas vezes o exame era entregue por um familiar, o que fazia com que alguns itens de registro não acontecessem de forma adequada, como por exemplo, a pesquisa de fatores de risco pra neoplasia de mama, orientação quanto a DST e CA. Mama. Mesmo reforçando a idéia de que é indispensável a vinda da paciente para a adequada orientação, algumas vezes não era isso que acontecia; acesso até a Unidade era muitas vezes dispendioso para as usuárias de maior faixa etária. Como alternativa os exames podem ser levados até as comunidades, durante grupos de orientação, ou atendimento na Unidade Móvel, e assim ser discutido com a paciente e o profissional, a alerta desta importância deve ser feita por ACS e profissionais.

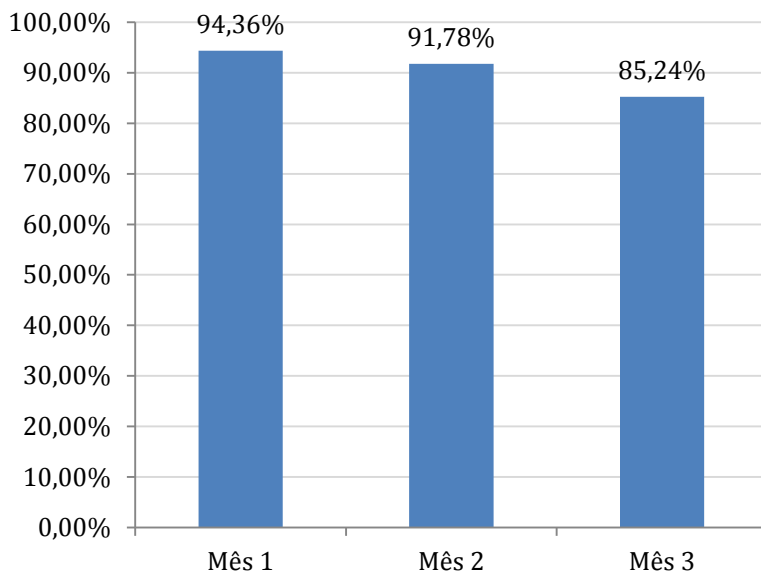


Figura 8: Gráfico indicativo da proporção de mulheres com registro adequado do exame mamografia, Capão do Cipó – RS

A análise **quantitativa** do indicador **5.1** (Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alerta para câncer de colo de útero) mostrou percentagens bastante significativas, no mês 1 das 186 usuárias que fizeram parte do programa na UBS, foi feita a pesquisa de sinais de alerta em 183 usuárias, correspondendo a uma percentagem de 98,38%, no mês 2 das 188 usuárias as quais estavam fazendo parte do programa na UBS, 187 tiveram sinais de alerta para CA de colo uterino pesquisados, sendo este equivalente a um percentual de 99,4%, no mês 3 100% das usuárias as quais fizeram parte do programa na Unidade, tiveram sinais de alerta pesquisados, sendo um total de 152 usuárias. Este fato deve-se, quando analisado **qualitativamente**, além do trabalho da equipe de alertar para a importância do CP em dia, da constante informação sobre de fatores de risco e protetores, ao fato das usuárias virem pessoalmente retirar o resultado de seus CP, e assim serem mais facilmente orientadas sobre tais sinais.

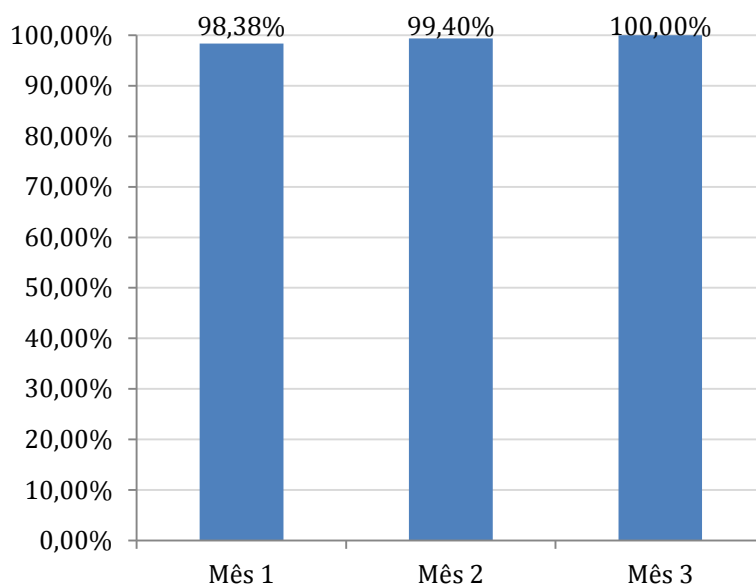


Figura 9: Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com pesquisa de sinais de alertas de câncer de colo do útero, Capão do Cipó-RS

O indicador **5.2** (Proporção de mulheres entre 50 e 69 anos com avaliação de risco para câncer de mama), quando avaliado **quantitativamente** mostra valores aproximados ao índice 4.2, sendo que a avaliação de risco para câncer de mama ocorreu com todas as usuárias que foram corretamente cadastradas, ou seja, aquelas que retornaram pessoalmente na Unidade, para retirada do resultado, assim como receber as devidas orientações, ficha espelho, etc. No mês 1 houve avaliação de risco de 67 usuárias, das 71 participantes do programa, no mês 2 foram avaliada 68 das 73 usuárias, no mês 3 foram avaliadas 51 das 61 usuárias participantes da ação programática. A percentagem final foi de **90,7%**, equivalente a 186 usuárias das 205, as quais fizeram parte do programa na UBS. Qualitativamente podemos atribuir estes valores ao fato de em todas as usuárias retornaram pessoalmente à Unidade, sendo feito apenas o registro referente ao resultado do rastreamento, e dados pessoais, como idade. Mesmo com o fato de nem todas as usuárias retornaram pessoalmente para controle de resultados, os números referentes à avaliação de risco, registro completo e adequado, pesquisa de sinais de alerta, etc., seguem sendo bastante significativos e satisfatórios. Tendo em vista que até então os CP eram realizados, e as mamografias solicitadas apenas em um dia da semana (sextas-feiras) e registrados

em um livro, o nome da usuária, a data de realização exame, localidade da moradia da usuária e se o CP e mamografia apresentavam ou não alguma alteração, sem a especificação da mesma, assim como maiores detalhes do exame, dos fatores de risco, de proteção, etc. Tendo em vista como os registros eram realizados, podemos avaliar como extremamente positivas as alterações que ocorreram após o início da intervenção e que, sem dúvida, seguirão acontecendo.

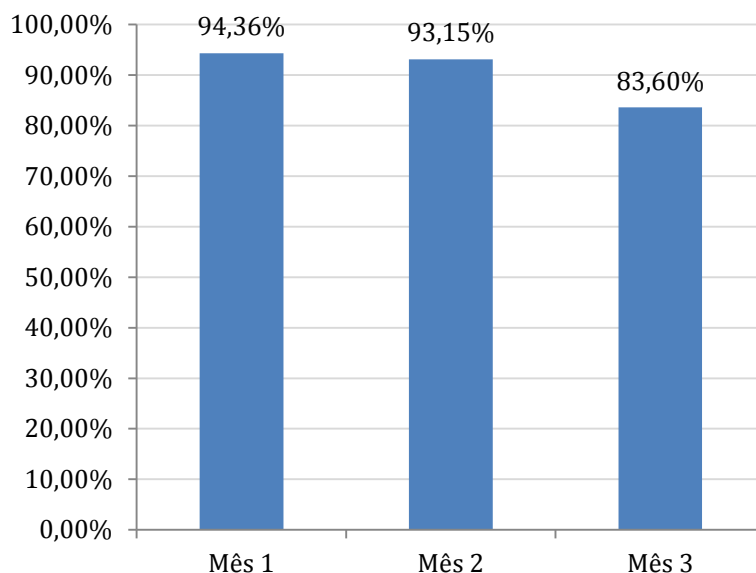


Figura 10: Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos com avaliação de risco para câncer de mama, Capão do Cipó-RS

O indicador **6.1** (Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DST's e fatores de risco para câncer de colo de útero), a análise **quantitativa** deste indicador nos mostrou números bastante satisfatórios, quando no mês 1 foram orientadas 182 usuárias das 186 participantes da ação, mês 2 foram orientadas 187 usuárias das 188, no mês 3 foram 152 usuárias orientadas das 152 participantes da ação na UBS, correspondendo respectivamente as percentagens de 97,84%; 99,46%; 100%. A percentagem final foi de **98,9%**, o que equivale a 521 usuárias orientadas do total de 527 participantes do programa. Qualitativamente estes significantes percentuais devem-se a um trabalho de constante diálogo com as usuárias, ao longo da intervenção, inúmeras vezes foram repetidas as orientações, os

alertas, lembrada a importância da continuidade do acompanhamento, seja durante grupos de orientação, seja durante palestras quinzenais na Unidade, durante a visitas domiciliares, reuniões de equipe. Toda a equipe foi incentivada e desafiada a conquistar bons índices ao longo destes 3 meses.

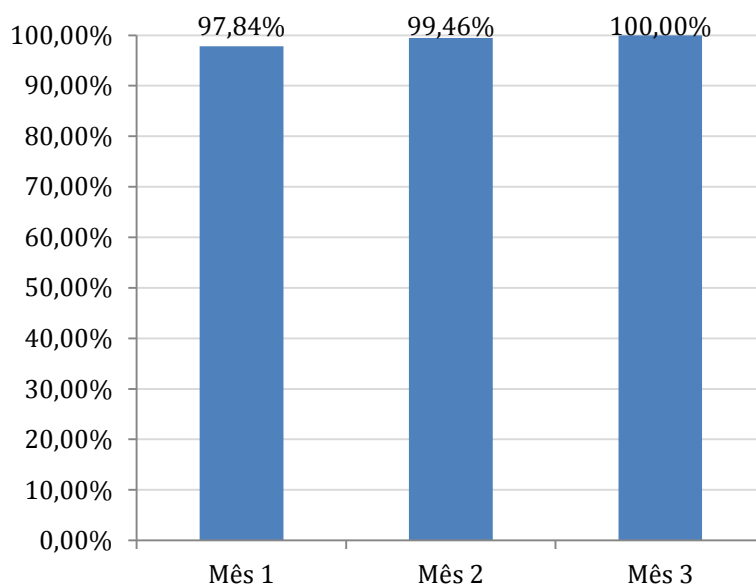


Figura 11: Gráfico indicativo da proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DST's e Fatores de riscos para câncer de colo do útero, Capão do Cipó - RS

O indicador **6.2** (Proporção de mulheres entre 25 e 64 anos que receberam orientação sobre DST's e fatores de risco para câncer de colo de útero) mostrou em sua análise **quantitativa** uma percentagem final de **91,2%**; sendo que no primeiro mês foram orientadas adequadamente 67 das 71 usuárias participantes da ação, no mês 2 este número foi de 69 das 73 usuárias participantes e no mês 3 receberam orientações 51 usuárias das 61 participantes do programa. **Qualitativamente** esta percentagem se da pela instrução às usuárias sobre a importância de dar seguimento aos exames de rastreamento, explicar que a prevenção não acaba após a coleta de CP ou a realização da mamografia, buscar resultados, ser orientado, repeti-los quando necessário também são ações indispensáveis para a prevenção e promoção de saúde. Precisamos incentivar mais ainda as usuárias a retornarem à Unidade, somente assim a prevenção ocorrerá de forma completa.

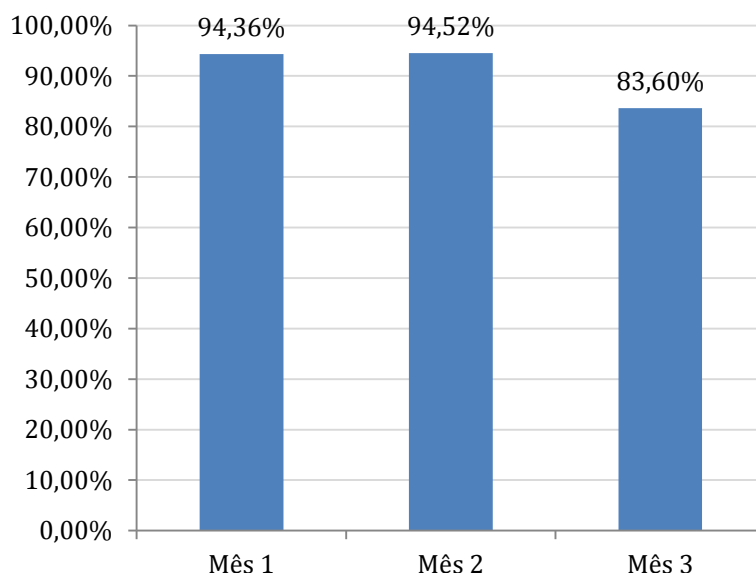


Figura 12: Gráfico indicativo de mulheres entre 50 e 69 anos que receberam orientação sobre fatores de risco para o Câncer de mama, Capão do Cipó – RS.

4.2 Discussão

Além de analisarmos os números e dados absolutos obtidos após a intervenção, é primordial, que façamos uma minuciosa reflexão sobre os aspectos positivos e negativos obtidos com a ação para com a comunidade, serviço e equipe. Não somente as porcentagens devem ser analisadas, mas também pontos a serem melhorados, mantidos e corrigidos quando um novo projeto vier a ser colocado em prática na Unidade.

Com a intervenção alcançamos uma meta de cadastramento de 86,86% de usuárias (205 das 236) entre 50 e 69 anos, as quais fizeram rastreamento para neoplasia de mama, através da mamografia no último ano; e 69,61% de usuárias (527 das 757) entre 25 e 64 anos, as quais fizeram exame preventivo de colo do útero (citopatológico) no último ano, todas estas usuárias passaram por atendimento clínico na unidade, assim como receberam fichas-espelhos anexadas em seus prontuários clínicos e tiveram um adequado registro em planilha de coleta de dados. Estes números mostram o tamanho do benefício para a comunidade, a qual foi contemplada com a ação. Muitas usuárias estavam com exames de rastreamento em atraso, outras fizeram a coleta e retirada do exame, sem nunca ter mostrado o resultado para um

profissional da saúde, outras realizavam o acompanhamento sem saber qual sua importância, sem dúvida alguma os maiores frutos foram e serão colhidos pelas usuárias adscritas na área.

Além das corretas avaliações e registros clínicos, a comunidade ao longo destas 12 semanas de intervenção, pode conhecer e entender melhor os fatores de riscos, tratamentos, sinais e sintomas das doenças do colo uterino e da mama, através das palestras organizadas a cada 15 dias na Unidade. Desta maneira todas as usuárias, as quais fizeram parte da ação, foram orientadas da melhor e mais completa forma possível, seja durante as consultas clínicas, seja durante as palestras e grupos de orientações no interior do município, seja durante o acolhimento ou visitas domiciliares. Saber como contribuir com a promoção e prevenção de sua própria saúde, foi sem dúvida alguma, a maior herança do projeto deixada para a comunidade (usuárias, público alvo). Muitas vezes as pacientes procuraram os profissionais da equipe para saber como beneficiar-se da ação, para conhecer melhor a ação, para agradecer os benefícios que o projeto estava lhes trazendo, etc. algo extremamente gratificante, com certeza o melhor e mais confiável resultado da intervenção.

Com a ação o serviço tornou-se mais organizado, o trabalho do médico ginecologista/obstetra passou a acontecer em conjunto com o trabalho dos médicos clínicos, tendo em vista que até então os prontuários ginecológicos e clínicos eram separados, as fichas-espelhos uniram estas duas esferas de atendimento, sendo que a partir de agora o histórico ginecológico das usuárias será de acesso dos médicos clínicos também. A planilha de coleta de dados foi compreendida pelos profissionais de saúde, e seguirá sendo utilizada para controle constante das usuárias com CP e mamografias em atraso, busca ativa, resultados alterados ou não, etc. O acesso e controle destes dados passaram a ser simples e fácil. Novas planilhas de controle poderão ser utilizadas pelos profissionais, com a abordagem de outras patologias. As informações através de fichas-espelhos e planilhas tornaram o atendimento mais integral, quando todos os profissionais, sejam médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, nutricionista, tem acesso a informações importantes dos usuários. Houve ampliação do número de fichas, aumentando os turnos e dias da semana destinados a coletas de CP e solicitação de mamografia, até então eram destinadas as sextas-feiras para

esta ação na Unidade, o que acabava tornando dificultoso para algumas usuárias. Esta facilidade no acesso ao serviço foi aprovada pela comunidade e equipe, e será mantida. O turno da tarde nas quintas-feiras (a cada 15 dias) seguirá sendo disponibilizado para palestras de orientações, na Unidade, quando toda a comunidade será convidada a participar, no mês de novembro duas palestras com o tema Câncer de Próstata- Prevenção e Tratamento, dentro da programação do “Novembro Azul”, irão acontecer. Já estamos pensando em abordar o tema “Câncer de Pele- Prevenção e Tratamento”, no mês de Dezembro, tendo em vista a campanha que acontece em âmbito nacional. Logo, ações que aconteceram ao longo destas 12 semanas seguirão acontecendo, seja ainda dentro do tema Prevenção dos Cânceres de Colo do Útero e Mama, seja abordado outros importantes e corriqueiros temas.

Ao longo destas 12 semanas a equipe pode notar dia-a-dia, o quanto é possível, com o empenho de todos, tornarem uma idéia realidade, no primeiro momento em que o projeto foi apresentado alguns membros estavam inseguros e descrentes, outros o julgaram um pouco ambicioso; após iniciarmos o cronograma todos perceberam que era possível sim, mesmo que em 12 semanas, fazer um trabalho eficiente de conscientização, promoção e prevenção de saúde. A equipe tornou-se mais unida, os profissionais puderam contar um com o outro, a prova disso é a idéia expostas pela Nutricionista da Unidade, a qual está organizando uma ação de controle de peso, os usuários que estiverem acima do peso ideal serão pesados ao longo de 6 meses, durante grupos no interior, atendimentos clínicos, acolhimento, ações em escolas, etc. Ao final deste período, todas aquelas comunidades, onde mais de 70% dos participantes do programa atingirem a meta, receberão uma tarde comemorativa, regada a muita salada de fruta, brindes, atividades físicas e dinâmicas de equipe. A ação já começou a ser posta em prática, e os usuários já estão caprichando na dieta. Paralelo a isso, haverá palestras com orientações de dietas, grupos de trocas de receitas saudáveis, benefícios de estarmos dentro do peso ideal. Isso mostra que após a ação ter sido colocado em prática, outros profissionais perceberam que é possível sim mudarmos hábitos de vida viciados em nossos pacientes. Este é um exemplo do entusiasmo surgido dentro da equipe, cada um está com uma idéia em mente para ser posta em prática, dentro da sua área de atuação. Além de unida e entusiasmada,

a equipe passou a entender melhor que saúde se faz de forma integral, tema este bastante abordado em reuniões de equipe, os profissionais foram e são incentivados a entender que cada deve dar sua contribuição na promoção e prevenção, sendo todas estas contribuições de igual importância, a secretário, a enfermeira, o faxineiro, o médico, o dentista, todos atuam formando uma cadeia, ou seja todas as contribuições são indispensáveis. A divisão de tarefas, e a supervisão de um membro da equipe, foi um ponto essencial, para o sucesso da intervenção. Conhecer o protocolo adotado durante a intervenção tornou o trabalho de todos mais fácil e claro, todos sabiam quais eram os objetivos desejados, quais faixas etárias alvos, fatores de riscos, etc. antes de transmitirmos quaisquer informações às usuárias, todos tiveram conhecimento daquilo que buscaríamos ao longo das próximas semanas.

Em nenhum momento as ações pretendidas foram ambiciosas demais, ou propostas fora da realidade do serviço. Após a reflexão acerca da equipe, espaço físico da Unidade, perfil da população atendida, todas as ações propostas eram viáveis de acontecerem, estavam dentro da realidade no município de se sua população, foram feitas adaptações e com isso quase totalidade do projeto pode ser posto em prática. Logo se realizássemos uma nova intervenção neste momento, a forma como a equipe seria treinada, a forma como as usuárias seriam informadas, os grupos de orientações, as palestras na Unidade aconteceriam exatamente da mesma maneira. Sem dúvida alguma as ações evoluíram de forma mais rápida, talvez fosse necessário menos reuniões de equipe, as palestras começariam de forma mais precoce. Se uma nova ação fosse posta em prática, com a experiência atual da equipe, esta aconteceria da mesma maneira, no entanto de forma mais dinâmica. Se estivéssemos começando do zero à grande maioria das ações proposta seriam as mesmas, no entanto traçaríamos estratégias para que a ação beneficiasse as comunidades mais distantes, o que não aconteceu desde o primeiro momento, as usuárias não beneficiadas eram na sua maioria moradores de distritos mais distantes da sede do município. Sem dúvida estas populações merecem sempre maior cuidados e maior atenção, devido, principalmente a dificuldade de acesso, este foi um aspecto percebido por toda a equipe, e que foi parcialmente corrigido, quando, ao final a intervenção, o município foi contemplado com uma Unidade Móvel, parcialmente

corrigido porque devido a questões políticas, muitas vezes o atendimento não chega até as comunidades mais necessitadas. Trataríamos de forma desigual os desiguais, a equidade esteve presente em outras ações ao longo da intervenção, no entanto faríamos o mesmo com estas populações.

Como citadas anteriormente, diversas ações, as quais se iniciaram ao longo destas 12 semanas, estão sendo incorporadas ao serviço, como por exemplo, a ampliação e facilidade de acesso as usuárias para coleta de seus CP e mamografias, palestras quinzenais realizadas na Unidade, a planilha de coleta de dados seguirá sendo utilizada, assim como a ficha-espelho, já estamos conversando sobre a possibilidade de outras fichas-espelhos serem adotadas, incluindo outras patologias. Os membros da equipe concordaram que é indispensável organizar de alguma maneira, como por exemplo, com planilhas eletrônicas, os usuários que fizeram parte das ações na Unidade, esta é a maneira mais fácil e confiável de controlar quem está fazendo parte e está sendo beneficiado pelas atividades, assim como aqueles que devem ser buscados de forma ativa para participarem dos programas presentes na unidade. No mês de novembro novas palestras multiprofissionais já estão previstas, ações já estão sendo pensadas por outros colegas, dentro de suas áreas, como correção de hábitos alimentares, perdas de peso, prática de atividades físicas, etc.

Os próximos passos para melhorarmos a atenção à saúde no serviço será mantermos aquilo que aprendemos durante esta ação programática, buscar novas intervenções e aprimoramento dos programas, mesmo que estas ações durem um pouco menos tempo, como por exemplo, 4 semanas, 8 semanas, para o mês de novembro já está programada ações em torno da promoção e prevenção de câncer de próstata, tendo em vista a campanha nacional do novembro azul. Já esta sendo discutida a possibilidade de no mês de dezembro as ações serem em torno da campanha de prevenção do Câncer de Pele.

A idéia a ser incentivada no serviço é de realizarmos pequenas campanhas educativas, visando a prevenção e promoção de saúde, com palestras na Unidade, grupos de orientação no interior do município, revisão de prontuários clínicos, abordando sempre os mais diferentes e corriqueiros temas. A idéia é que nestas ações estejam envolvidos toda a equipe de profissionais, os quais atuam na Unidade, cada

um dando sua contribuição dentro da sua área de atuação. A equipe percebeu que é possível fazer intervenções fora daquelas pré estabelecidas pelo Ministério da Saúde, que o município, mesmo com sua vasta área territorial, tem uma população não muito numerosa (3100 habitantes), o que facilita a prática de ações programáticas. Novas ações estão por vir, e sem duvida a cada novo projeto a equipe estará mais segura e preparada para agir.

Apesar das inseguranças e incertezas iniciais, podemos resumir e concluir que o projeto conseguiu atingir suas metas, usuárias foram beneficiadas, a equipe pode enxergar de forma mais clara o potencial do serviço para fazer com que as ações programáticas aconteçam da melhor forma possível; as percentagens de usuárias cadastradas foram satisfatórias, tanto na prevenção do câncer de colo uterino, quanto na prevenção de câncer de mama, foram identificadas algumas alterações e corretamente tratadas, como lesões de HPV em exames citopatológicos, usuárias foram orientadas, conheceram melhor estas patologias, seus fatores de riscos, prevenção; suas dúvidas foram, sempre que possível, esclarecidas, a equipe pôde conhecer melhor os protocolos adotados pelo Ministério da Saúde, e principalmente podemos identificar pontos a serem corrigidos e mantidos.

4.3 Relatórios de intervenção para os gestores

Prezada Secretária Municipal de Saúde

De agosto de 2014 a outubro de 2014, a equipe ESF Sede realizou no município uma Intervenção tendo como foco a Prevenção dos Cânceres de Mama e Colo do útero, tendo como público alvo usuárias nas faixas etárias de risco para estas patologias.

A intervenção foi baseada em ações programática, as quais foram alicerçadas de acordo com o perfil da equipe e comunidade, perfis estes previamente estudados e refletidos. Tínhamos como objetivos ampliar o número de usuárias com acesso a

prevenção e promoção de saúde neste foco. Para isso algumas ações foram previstas, seguindo um cronograma; a equipe foi qualificada, tendo como base o Manual do Ministério da Saúde; houve uma divisão de tarefas, de modo que todos os envolvidos na ação contribuíssem de alguma maneira para o sucesso da mesma.

Ampliamos o número de usuárias com os exames de prevenção dentro do prazo de realização esperado, as mesmas foram cadastradas em planilhas eletrônicas, as quais podem seguir sendo utilizadas pela equipe, mesmo ao término das 12 semanas de intervenção. Realizamos palestras de esclarecimentos de tópicos sobre o foco escolhido, na Unidade, nos turnos da tarde, nas quintas-feiras, a cada 15 dias; nestas palestras toda a comunidade esteve convidada a participar; através do trabalho de agentes comunitários de saúde, profissionais da equipe (médicos, enfermeiras, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutica, fonoaudióloga, dentistas, auxiliares de odontologia, técnicos de enfermagem, etc.), a intervenção foi divulgada para que assim toda a comunidade pudesse participar; ampliamos e facilitamos o acesso à coleta de Citopatológicos do Colo Uterino e solicitação de mamografias, as quais aconteciam somente nas sextas-feiras, coletados pela Enfermeira da Unidade, a partir da intervenção foram reservadas três fichas de atendimento em cada turno (terças a sextas-feiras), para este fim; grupos de orientações que acontecem nas quartas-feiras em comunidades mais distantes foram usados como forma de transmitir à comunidade as atividades ligadas a intervenção; durante o mês de outubro as ações ligadas à campanha “OUTUBRO ROSA” foram vinculadas às ações da intervenção, quando realizamos palestras, atividades recreativas, distribuição de brindes, etc.

Ao final destas 12 semanas de intervenção, obtivemos como resultados o cadastro de 86,86% de usuárias (205 das 236) entre 50 e 69 anos, as quais fizeram rastreamento para neoplasia de mama, através da mamografia no último ano; e 69,61% de usuárias (527 das 757) entre 25 e 64 anos, as quais fizeram exame preventivo de colo do útero (citopatológico) no último ano, todas estas usuárias passaram por atendimento clínico na unidade, assim como receberam fichas-espelhos anexadas em seus prontuários clínicos e tiveram um adequado registro em planilha de coleta de dados. Resultando assim, num melhor controle e prevenção destas patologias, usuárias tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas, conhecer fatores

de riscos e proteção, dividir experiências, receberem orientações, ao longo destas 12 semanas de ação. Pretendemos manter os bons frutos colhidos ao longo deste período, através de novas ações, como o novembro azul, prevenção do câncer de pele, entre outras a serem planejadas, assim como melhorar alguns pontos, como, por exemplo, criar estratégias para que comunidades mais distantes da sede do município também possam ser beneficiadas com projetos futuros.

Nenhuma das ações implantadas resultou em prejuízo no funcionamento normal das ações de rotina na unidade, tornando-se parte da rotina na prestação dos serviços e qualificando a atenção ao público alvo. Contamos com o apoio da Gestão Municipal para que possamos melhorar cada vez mais o serviço prestado à nossa comunidade.

Carolina Rocha Torres
Médica ESF-Sede Capão do Cipó

4.4 Relatórios de intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade do Município de Capão do Cipó

Nos meses de agosto, setembro e outubro do ano de 2014, a equipe do ESF Sede Capão do Cipó, realizou ações voltadas para a prevenção dos cânceres de mama e colo uterino. Foram ao todo 12 semanas de atividades, onde toda a comunidade teve a oportunidade de participar, em especial usuárias que estavam dentro da faixa de risco para estas doenças, sendo dos 25 aos 64 anos de idade e 50 a 69 anos de idade.

Dentre as atividades tivemos atendimentos clínicos destas usuárias, com o cadastramento deste atendimento em tabelas feitas no computador, para que com isso os profissionais da Unidade tivessem melhor acesso e controle do acompanhamento destas pacientes; todas as usuárias que foram cadastradas receberam uma ficha-espelho em seus prontuários, ou seja, um papel contendo informações importantes como resultados de seus últimos exames, algumas perguntas importantes, as quais podem ajudar no diagnóstico de alguma destas doenças, etc.; também aconteceram a cada 15 dias palestras na Unidade, dadas pelos diferentes profissionais do Posto, sempre com a presença da Médica Carolina, nestas palestras os fatores de riscos e proteções, os sinais, as formas de tratamento destas doenças foram explicadas, as participantes puderam tirar suas dúvidas e dividir suas experiências; para que as usuárias tivessem maior facilidade da hora de coletar seus exames preventivos e mamografias, ampliamos os dias destas coletas, até então realizadas apenas nas sextas-feiras, pela enfermeira, esta rotina seguiu, no entanto foi ampliada, quando em todos os dias da semana foram reservadas fichas para coleta e solicitação de exames, esta ampliação será mantida, mesmo o final destas 12 semanas; no mês de outubro esta ação foi implementada pela campanha outubro rosa, quando houveram palestras, atividades recreativas, distribuição de canecas, etc.; antes de iniciarmos esta ação os profissionais da Unidade, leram, discutiram e entenderam uma cartilha do Ministério da Saúde, onde estão escritas todas as orientações a serem seguidas sobre os cânceres de mama e colo do útero.

A grande maioria das mulheres com idades de riscos foram devidamente cadastradas, com isso, outros profissionais poderão acompanhar as datas dos novos

exames, os resultados, reforçar orientações, os números chegam a aproximadamente 80% das usuárias. Nenhuma atividade durante a intervenção alterou o andamento normal do Posto. Vamos manter as ações que trouxeram benefícios para a comunidade, como por exemplo, as palestras a cada 15 dias na Unidade, quando abordaremos diferentes temas, já estamos programando o “Novembro Azul”, será a vez dos homens serem cuidados e alertados sobre o câncer de próstata, também falaremos, no mês de dezembro, sobre câncer de pele, como preveni-lo, como tratá-lo, como identificá-lo. Vamos abordar temas variados e freqüentes em nosso dia a dia, sempre aceitando idéias da nossa comunidade, sobre qual tema pretende saber mais.

Contamos com o apoio de toda a nossa comunidade para seguirmos promovendo saúde da melhor forma possível.

Carolina Rocha Torres
Médica-ESF Sede Capão do Cipó

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando refletimos sobre nosso amadurecimento ao longo de nossa intervenção, nas unidades onde fomos alocados, devemos refletir não somente quanto aos novos conhecimentos clínicos adquiridos, mas também quanto ao nosso crescimento pessoal, convivência em equipe, capacidade de resolução, de promoção e prevenção em saúde, etc. É neste momento que paramos a pensamos quais são os aspectos que devem ser mantidos, aprimorados e eliminados no nosso exercício profissional.

Atuei em uma Unidade padrão, onde a maioria das exigências para uma boa prática médica se fazia presente, em um município de aproximadamente 3100 habitantes, onde a renda provem na sua maioria do setor de agricultura, cultivo de soja e trigo basicamente. A equipe é mista, ou seja, constituída por diferentes profissionais, entre eles fonoaudiólogo, fisioterapeuta, nutricionista, enfermeiras, dentistas, técnicos de saúde bucal, técnicos de enfermagem, médicos, psicóloga, secretarias, motoristas, faxineiros, técnicos administrativos, etc. Mesmo sendo uma equipe bem formada e uma estrutura física conforme as exigências do Ministério da Saúde, assim como a existência da verba mínima necessária, enfrentei ao longo, não só das 12 semanas de intervenção, mas ao longo deste ano, problemas de cunho político, onde muitas vezes as funções são delegadas para pessoas sem a mínima condição e conhecimento para exercê-las. Apesar de esta ser uma realidade quase que inevitável, política e saúde andam juntas e, muitas vezes, em compassos diferentes, na maioria dos municípios do país. Muitas vezes o problema está na escassa verba destinada para este setor, então equipes fazem manobras quase impossíveis para promover saúde com o mínimo de dignidade; em outras situações, como no município de Capão do Cipó, a verba existe, mas é administrada por pessoas despreparadas, as quais apresentam dificuldade de compreender qual são as verdadeiras necessidades da sua população, a verba era destinada para a compra de prescrições não urgentes, como a compra de meias de compressão elásticas, e deixava de ser utilizada para questões de maior urgência como a compra de medicações para cardiopatas, devido a questões políticas. Logo nas primeiras semanas de curso, ao questionar a secretária de saúde sobre alguns dados do

município, características da população, programas, os quais o município faz parte, esta mostrou total desconhecimento, quando fui informada que estes temas eram de responsabilidade da equipe de enfermagem. Fiquei surpresa com esta situação, foi então que percebi seria utópico pensarmos que as pessoas têm o conhecimento mínimo para as funções que recebem.

Situações como estas, nos levam a pensar que além do conhecimento médico, precisamos aprender a reconhecer, lidar e lutar contra com situações de despreparo, jogo político e troca de favores. Nenhum médico que exerce sua função com ética e dignidade deixa de atender alguém ou solicitar algum exame quando necessário, devido à opção política de seu paciente, e isso deve ser claramente compreendido pelos gestores.

Ao longo deste ano entendi que pessoas com os mesmos objetivos, a mesma postura, os mesmo valores acabam se aproximando, e juntas conseguem fazer um bom trabalho, foi assim na Unidade, quando parte da equipe abraçou a idéia da intervenção e juntos discutimos, dividimos experiências, buscamos idéias e obtivemos excelentes resultados. Buscar pessoas com pontos em comum, assim como estar perto de pessoas dispostas a fazer a diferença, a acrescentar, será sempre o melhor caminho. Aprendi que o envolvimento das pessoas com a função que recebem, é proporcional a importância que suas idéias e opiniões recebem. Desde as primeiras reuniões de equipe sempre procurei ouvir todos os colegas envolvidos na intervenção, todas as idéias e experiências tiveram a mesma importância, todas foram relevantes, isso gerou empolgação para que novos pontos fossem abordados, novas idéias criadas, etc.

Entendi que na atenção primária de saúde, mais que ter a resolução de suas queixas, os usuários buscam ações que lhes tragam algum benefício, estão dispostos a serem cuidados, antes de suas patologias estarem presentes, aceitam muito bem atividades e intervenções que visam a promoção e prevenção de sua saúde, como foi ao longo deste ano e da execução do projeto. Estar na porta de entrada do serviço de saúde, faz com que vejamos os pacientes de outro âmbito, nos faz compreender as queixas dos usuários além de suas fisiopatologias, mas como sendo fruto do meio onde estão inseridos, das condições que vivem das relações familiares.

Finalizando esta reflexão, ao longo deste ano consegui entender melhor o que é trabalho em equipe, como unir e conduzir ações que envolvem os diferentes profissionais da Unidade, as questões políticas atreladas à saúde, como lidar melhor com estas, e principalmente o paciente visto de outro âmbito, promover saúde na porta de entrada da nossa saúde.

6 Bibliografia básica

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual da estrutura física das Unidades Básicas de Saúde – Saúde da Família**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2008. 2ª Edição.

BRASIL. Ministério da Saúde. **CADERNO DE DIRETRIZES OBJETIVO, METAS E INDICADORES 2013 - 2015**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de CONTROLE DOS CÂNCERES DE COLO DO ÚTERO E DA MAMA**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno De Estratégias para o Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica- HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno De Estratégias para o Cuidado Da Pessoa Com Doença Crônica- DIABETES MELLITUS**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno De SAÚDE DA CRIANÇA: CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de SAÚDE BUCAL**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.

[illegible]

Aprovação do comitê de ética em pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: *Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

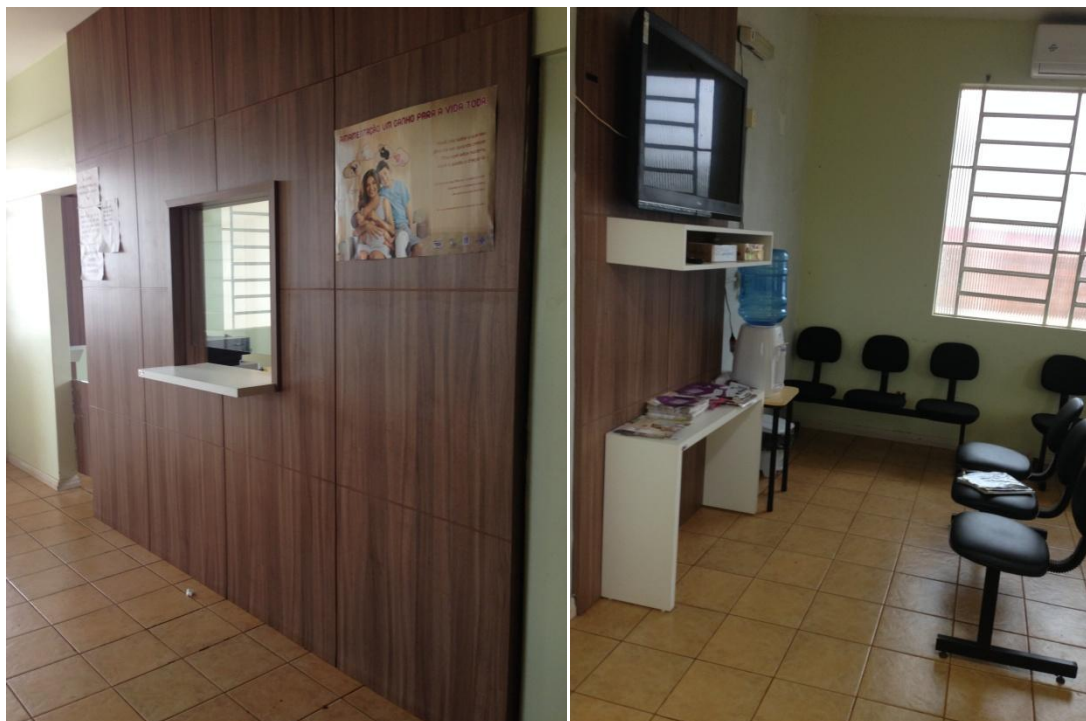
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.


Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Apêndices

Apêndice 1: Registro fotográfico

Imagens referentes ao espaço físico e período de intervenção/ ESF sede Capão do Cipó, RS.



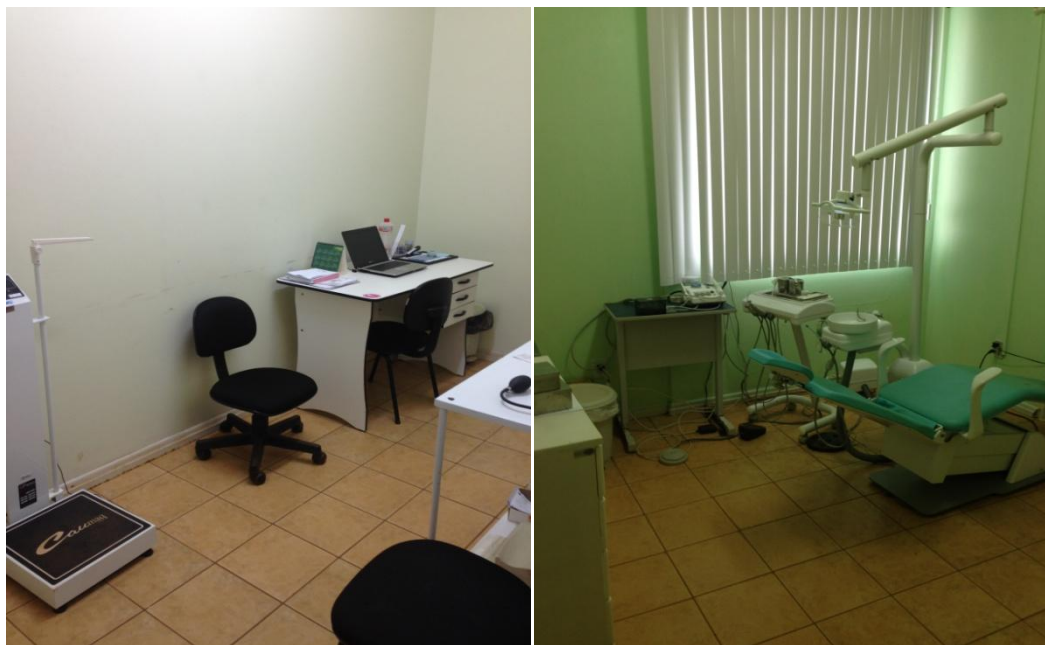
Visão geral da Unidade e balcão de atendimento (recepção).



Farmácia básica e sala de curativos/emergência/pequenos procedimentos.



Sala de coleta e consultório para atendimentos clínicos e ginecológicos.

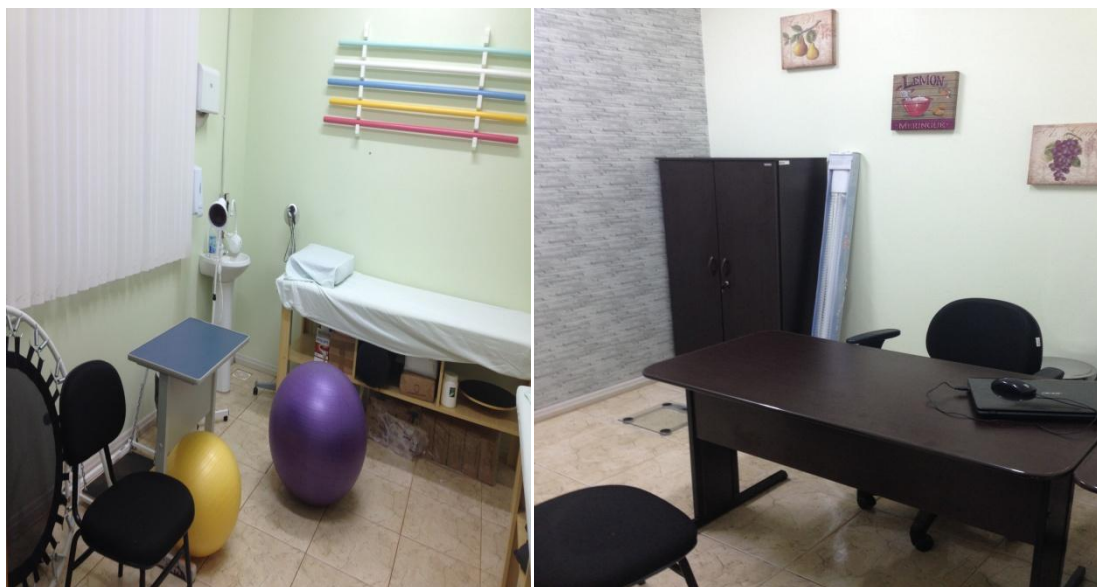


Sala de Triagem e Consultório Odontológico.





Visão geral da Unidade, consultórios multiprofissionais (Psicóloga, Fonoaudióloga, Fisioterapeuta, Nutricionista).



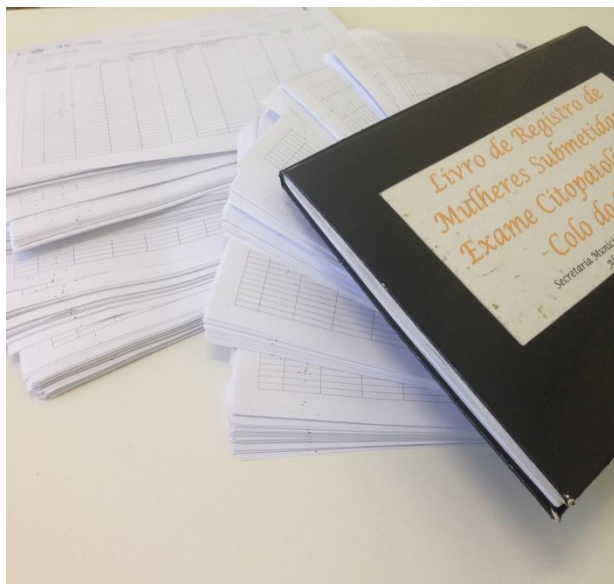
Consultórios de Fisioterapia e Nutrição.



Sala de Vacinas e Sala de Lavagem e esterilização de materiais.



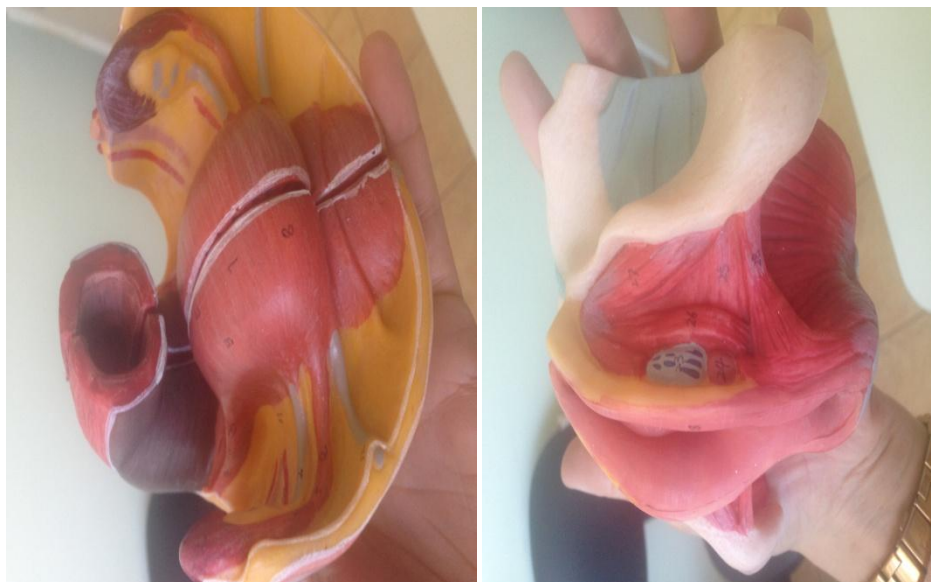
Materiais e local para a Coleta de exames Citopatológicos do Colo Uterino. (Unidade ESF - Capão do Cipó).



Fichas Espelhos, livro de registros (utilizado até então na Unidade e gradualmente substituído pela Planilha Eletrônica de coleta de dados). sendo



Reunião de Capacitação da Equipe, com a presença de Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiras, Médicos, Dentistas, Fisioterapeuta, Farmacêutica, Nutricionista, Secretária de Saúde.



Parte do material conseguido, para melhor orientação das usuárias durante as palestras e grupos.



Grupo/palestra de orientação para usuárias, na Unidade. (ESF Capão do Cipó)



Usuárias, médica (Carolina Torres) e Ag. Comunitária de Saúde, ao final de mais um grupo/palestra de orientação.



Usuárias e médica (Carolina Torres), durante grupo/palestras de orientação (Outubro Rosa). Assentamento Nova Esperança – Capão do Cipó, RS.



Carolina Torres (Médica), durante grupo/palestra de Orientação. Unidade ESF Capão do Cipó
– RS.



Grupo de Orientação, no interior do município. Localidade Passo do Tibúrcio.



Grupo/palestra para usuárias da Localidade Rincão dos Vargas, realidade em salão Comunitário.



Médica (Carolina Torres), Fisioterapeuta (Letícia) e Téc. De Enfermagem (Vera), durante grupo/palestra de orientação, ao ar livre. (Unidade ESF Capão do Cipó – RS).



Equipe e usuárias, juntamente com o Médico Ginecologista/Obstetra (Ricardo), antes de iniciarmos mais um grupo/palestra de orientação. (Unidade ESF Capão do Cipó).



Unidade Móvel, contemplada pelo município de Capão do Cipó – RS, no final do mês de setembro de 2014, facilitando assim o acesso à saúde (saúde bucal, atendimento clínico, coleta de CP, etc.) para as comunidades mais distantes.



Encerramento das atividades do Outubro Rosa, quinta palestra/grupo do período de intervenção, quando foram entregues “canequinhas” para as usuárias presentes. (Unidade ESF Capão do Cipó – RS)



Orientação, durante atendimento clínico, na Unidade ESF Capão do Cipó – RS, durante o mês de OUTUBRO, usuárias foram incentivadas a vestir a cor rosa, e receberam a “fitinha” símbolo da Campanha “OUTUBRO ROSA”.



Com a colega Médica Clínica Geral, incentivadora e peça chave durante a Intervenção.